



Universitat de les Illes Balears

Departament de Psicologia

Tesis Doctoral

**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL
HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO O *MOBBING* EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE BRASIL Y ESPAÑA**

Presentada por:

Meiremar Cardoso dos Santos

Dirigida por:

Dra. Joana Fornés Vives

Dra. Margalida Gili Planas

2012

Agradecimientos

Me gustaría expresar mis sinceros agradecimientos a todas las personas que hicieron posible este trabajo:

A mi querida familia, Javier, Clara y Álex, que dada su implicación casi cotidiana ha sufrido y construido conmigo este largo trabajo.

A las directoras de este trabajo, Dra. Margalida Gili Planas y Dra. Joana Fornés Vives, por su infinita paciencia, disponibilidad, tolerancia y ayuda.

A Renata Gazzinelli, por su impecable trabajo como coordinadora de la pesquisa en Brasil.

A Cecilia M^a. Viana, Kelly Matos, Camila Amurin, Simone y Patricia por su tamaño profesionalidad en la realización del trabajo de campo en Brasil.

A los Drs. Jorge Solivellas Perelló y Antonio Bennàsar Roig, amigos y responsables directos del nacimiento de esta investigación.

A todo el personal de enfermería del Hospital Universitario Son Dureta (España) y del Hospital del IPSEMG (Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - Brasil) que, en definitiva, son los grandes responsables de la conclusión de este trabajo de investigación.

También quisiera recordar a todas aquellas personas que de alguna manera han contribuido en mi formación humana, académica y profesional, haciendo posible que hoy pueda estar aquí.

A todos y cada uno de ellos,

***o meu mais sincero,
muito obrigada.***

***“No hay nada bueno ni malo en sí mismo, es
nuestro pensamiento quien lo transforma”***

Hamlet

(Shakespeare, acto II, escena 2, verso 259)

Índice

Resumen	19
Abstract	21
PARTE TEÓRICA	23
I. Introducción	25
1. Justificación del estudio	26
II. Marco Teórico	28
1. El hostigamiento psicológico: Bases conceptuales	31
1.1. Pluralidad conceptual del hostigamiento psicológico en el ámbito laboral	36
2. Características y formas de hostigamiento	39
2.1. Etapas del proceso	39
2.2. Tipos y procedencia de hostigamiento psicológico en el trabajo	40
2.3. Características de las víctimas de hostigamiento psicológico	43
2.3.1. Los rasgos de personalidad de las víctimas de hostigamiento psicológico	43
2.3.2. El género de la persona hostigada	45
2.3.3. La edad como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico	46
2.3.4. El estatus jerárquico de las víctimas de hostigamiento psicológico	46
2.3.5. Las víctimas de hostigamiento psicológico como grupo minoritario	47
2.4. Características de la persona hostigadora	48
3. La influencia del entorno laboral en el hostigamiento psicológico	50
3.1. El entorno laboral como factor de riesgo para el de hostigamiento	

psicológico en el trabajo	50
3.2. La inseguridad laboral como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico en el trabajo	52
3.3. La influencia del tipo de empresa en la evolución del hostigamiento psicológico en el trabajo	53
4. Instrumentos de medida de hostigamiento psicológico en el trabajo	56
5. Prevalencia del hostigamiento psicológico en el entorno laboral	64
6. Los testigos de hostigamiento psicológico en el entorno laboral	68
7. Consecuencias del hostigamiento psicológico en el trabajo	69
8. Estilos atributivos y hostigamiento psicológico en el trabajo	71
9. El afrontamiento del hostigamiento psicológico en el trabajo	72
9.1. La teoría de la personalidad y su relación con las estrategias de afrontamiento frente al hostigamiento psicológico en el trabajo	74
9.2. Tipos de afrontamiento frente a las situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo	75
10. El apoyo social como modulador del hostigamiento psicológico	78
11. Hostigamiento psicológico en personal de enfermería	81
11.1. Prevalencia de hostigamiento psicológico en profesionales de enfermería	83
11.2. Procedencia del hostigamiento psicológico percibida por el personal de enfermería	84
11.3. Tipo de institución como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico en enfermería	85
11.4. Comportamientos hostiles más frecuentemente percibidos por los profesionales de enfermería	86

11.5. Consecuencias del hostigamiento psicológico en personal de enfermería	87
11.6. El entorno laboral como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico en enfermería	89
11.6.1. El entorno laboral de la enfermería	89
11.6.2. Disfunción de rol: la influencia del conflicto y ambigüedad de rol como facilitadores de hostigamiento psicológico en el trabajo	91
11.6.3. La sobrecarga laboral como propiciador de <i>mobbing</i>	92
11.7. La enfermería y el género más hostigado	93
11.8. Edad y experiencia profesional como factores de riesgo para el hostigamiento psicológico	94
11.9. Estrategias de afrontamiento frente al hostigamiento psicológico en enfermería	95
PARTE EMPÍRICA	99
III. Planteamiento y Objetivos del Trabajo	101
1. Objetivo general	101
1.1. Objetivos específicos	102
2. Supuestos o hipótesis de trabajo	102
IV. Material y Métodos	104
1. Diseño de la investigación	104
2. Instrumentos	104
2.1. Descripción de los Instrumentos	105
3. Descripción de las variables del estudio	108
4. Obtención de la muestra	112
5. Peculiaridades de la muestra	114

6. Procedimiento	115
6.1. Adaptación de los instrumentos	115
6.2. Trabajo de campo	116
7. Análisis de los datos	118
V. Resultados	120
1. Prueba de normalidad	120
2. Características de la muestra de los profesionales de enfermería de Brasil y España	122
2.1. Variables sociodemográficas	125
2.1.1. Franja de edad del personal de enfermería de Brasil y España	125
2.1.2. Diferencias de género entre el personal de enfermería de Brasil y España	126
2.1.3. Estado civil del personal de enfermería de Brasil y España	127
2.1.4. Tenencia o no de hijos del personal de enfermería de Brasil y España	128
2.2. Variables laborales analizadas	129
2.2.1. Categoría profesional del personal de enfermería de Brasil y España	129
2.2.1.1. Diferencia de género según la categoría profesional	131
2.2.2. Años de ejercicio profesional de las muestras estudiadas	132
2.2.3. Tiempo trabajado en la institución por el personal de enfermería de Brasil y España	134
2.2.4. Unidad de trabajo actual de los encuestados	135
2.2.5. Tiempo trabajado en la unidad actual	137
2.2.6. Tipo de contrato laboral en personal de enfermería de Brasil y	

España	137
2.2.7. Tipo de jornada laboral del personal de enfermería objetivo de estudio	138
2.2.8. Pluriempleo en personal de enfermería de Brasil y España	139
2.2.9. Participación en la toma de decisiones reportada por el personal de enfermería de Brasil y España	140
2.2.10. Deseo de abandonar la profesión en personal de enfermería de Brasil y España	142
3. Prevalencia y procedencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España	144
3.1. Prevalencia de hostigamiento según los criterios de medidas del HPT-R	145
3.2. El hostigamiento psicológico como conducta observada	148
3.3. Percepción de la procedencia de hostigamiento psicológico en enfermería	149
4. Relación entre la percepción de hostigamiento psicológico y las variables sociodemográficas y laborales	150
5. Tipo y frecuencia de las conductas hostiles perpetradas contra el personal de enfermería de Brasil y España	154
6. Relación entre el hostigamiento psicológico y las consecuencias o síntomas de estrés	166
7. Relación entre el hostigamiento psicológico y los estilos de afrontamiento utilizados por el personal de enfermería de Brasil y España	169
7.1. Estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas y por las no víctimas de hostigamiento psicológico	171
8. Relación entre el hostigamiento psicológico en el trabajo y las variables	

del estudio	174
VI. Discusión	177
1. Percepción de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España, según los criterios de medida contemplados en el HPT-R	178
1.1 Comparación entre los resultados de ambas muestras	182
2. Prevalencia de testigos de hostigamiento psicológico en el personal de enfermería de Brasil y España	183
3. Percepción de la procedencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España	185
3.1. Comparación entre los resultados de ambas muestras	187
4. Problemas de comunicación y relaciones interpersonales como principal fuente de hostigamiento en enfermería	188
5. Relación entre el hostigamiento psicológico y las variables sociodemográficas y laborales en Brasil y España	190
5.1. El género femenino como factor predisponente para el hostigamiento psicológico en enfermería	191
5.2. El deseo de abandonar la profesión como consecuencia de hostigamiento psicológico en enfermería	192
5.3. Relación entre la participación en la toma de decisiones y la percepción de hostigamiento	193
6. Relación entre la percepción de hostigamiento, los síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de Brasil y España	194
6.1. Relación entre la percepción de hostigamiento y los síntomas de estrés	195

6.2. Relación entre el hostigamiento psicológico y el uso de estrategias de afrontamiento por parte del personal de enfermería de Brasil y España	196
7. Relación entre las variables de estudio y la percepción de sentirse hostigado en el trabajo en personal de enfermería de Brasil y España	199
VII. Consideraciones Generales	202
VIII. Conclusiones	204
IX. Fortalezas y Limitaciones del Estudio	206
X. Referencias	209
ANEXOS	235

Índice de Figuras

Figura 1: Evolución de la publicación de artículos sobre <i>mobbing</i> (y términos relacionados) en el entorno laboral en los últimos 20 años	35
Figura 2: Tipos de evolución del conflicto según Zapf y Gross (2001)	41
Figura 3: Procedencia de hostigamiento psicológico en el trabajo, según la literatura revisada	42
Figura 4: Incidencia del HPT por sectores en la Unión Europea	55
Figura 5: Estrategias generales de afrontamiento frente a una situación de estrés, según Hernández-Zamora et al. (2004)	76
Figura 6: Sugerencias de estrategias de afrontamiento reportadas por víctimas de hostigamiento psicológico	77
Figura 7: Evolución de la publicación de artículos sobre <i>mobbing</i> (y términos relacionados) en enfermería en los últimos 20 años	82
Figura 8: Fórmula utilizada para el cálculo muestral	113
Figura 9: Edad de la muestra por décadas	126
Figura 10: Predominancia del género en la muestra estudiada	127
Figura 11: Estado civil reportado por el personal de enfermería de Brasil y España	128
Figura 12: Tenencia de hijos señalado por el personal de enfermería de Brasil y España	129
Figura 13: Categoría profesional del personal de enfermería de Brasil y España	130
Figura 14: Grado de formación académica reportado por los profesionales de enfermería de Brasil y España	131
Figura 15: Diferencias de género según la categoría profesional de los	

encuestados en Brasil y España	132
Figura 16: Años de ejercicio profesional por lustros	133
Figura 17: Tiempo trabajado en la institución por lustros	135
Figura 18: Unidad de trabajo actual por grupos reportada por el personal de enfermería de Brasil y España	136
Figura 19: Tipo de contrato laboral del personal de enfermería de Brasil y España	138
Figura 20: Tipo de jornada laboral del personal de enfermería objeto de estudio	139
Figura 21: Pluriempleo en las muestras estudiadas	140
Figura 22: Grado de participación en la toma de decisiones por el personal de enfermería objeto de estudio	141
Figura 23: Percepción de la participación en la toma de decisiones según la categoría profesional de los encuestados	142
Figura 24: Deseo de abandonar la profesión por el personal de enfermería de Brasil y España	143
Figura 25: Deseo de abandonar la profesión manifestado en personal de enfermería de Brasil y España, según su categoría profesional	144
Figura 26: Porcentaje de encuestados que reportaron sentirse hostigados en el momento del estudio y que cumplían los criterios propuestos por Leymann	147
Figura 27: Testigos de hostigamiento en personal de enfermería de Brasil y España	148
Figura 28: Percepción de la procedencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España	149
Figura 29: Valoración de las conductas de hostigamiento percibidas por el personal de enfermería de Brasil y España según los factores del HPT-R	165

Índice de tablas

Tabla 1: Terminología y conceptos empleados en algunos trabajos sobre el hostigamiento psicológico en el trabajo	36
Tabla 2: Posibles variables predictoras de hostigamiento psicológico en el trabajo	56
Tabla 3: Instrumentos de medida para la evaluación del hostigamiento psicológico en el trabajo	61
Tabla 4: Variabilidad de la incidencia del <i>mobbing</i> (y términos afines) en estudios realizados en diferentes países	66
Tabla 5: Descripción de las variables del estudio	109
Tabla 6: Resultados del trabajo de campo realizados en el HUSD e IPSEMG	118
Tabla 7: Análisis de normalidad de la muestra	121
Tabla 8: Características de la muestra de Brasil y España	123
Tabla 9: Prevalencia de hostigamiento entre el personal de enfermería de Brasil y España de acuerdo con los diferentes criterios de medida evaluados	146
Tabla 10: Análisis de regresión logística entre la percepción de hostigamiento y las variables sociodemográficas y laborales de los encuestados	152
Tabla 11: Características de la muestra según su percepción de hostigado en el trabajo	153
Tabla 12: Tipo y frecuencia de las conductas hostiles percibidas por el personal de enfermería de Brasil y España en los últimos 2 años previos al estudio	156
Tabla 13: Tipo y frecuencia de las conductas hostiles percibidas por personal de enfermería de Brasil y España y según los criterios de Leymann	160
Tabla 14: Análisis estadístico de los síntomas de estrés presentados por las personas que se percibieron hostigados en el momento del estudio en Brasil	

y España	167
Tabla 15: Estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería de Brasil y España ante situaciones estresantes	170
Tabla 16: Estrategias de afrontamiento empleadas por las personas encuestadas en Brasil y España, según se perciban o no hostigadas	173
Tabla 17: Análisis de regresión logística entre la percepción de hostigamiento y las variables del estudio en Brasil y España	176

Resumen

En los últimos 20 años, la investigación científica ha puesto de manifiesto el riesgo psicosocial que conllevan las relaciones interpersonales y organizacionales en el desarrollo y escalonamiento de los conflictos laborales percibidos. En este sentido, la presente tesis titulada “Estudio comparativo sobre el hostigamiento psicológico o *mobbing* en personal de enfermería de Brasil y España” tiene como objetivo estudiar la experiencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería en dos contextos geográficos distintos. Para ello, se diseñó un estudio descriptivo transversal y se eligieron dos centros hospitalarios de características similares, el Hospital Universitario Son Dureta (actualmente Hospital Universitario Son Espases) en la ciudad de Palma de Mallorca (España) y el Hospital do IPSEMG (Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais) en Belo Horizonte (Brasil). Fueron encuestados de forma voluntaria 285 profesionales de enfermería en España y 274 en Brasil. Para ello, se utilizó una batería evaluativa constituida por un conjunto de cuestionarios acordes con las variables del estudio: variables Sociodemográficas y Laborales; Hostigamiento Psicológico en el Trabajo (HPT-R); Estilos Atributivos; Estrategias de Afrontamiento y Cuestionario de Síntomas de Estrés.

Los resultados evidenciaron una muestra predominantemente femenina, con una media de edad cercana a los 40 años. La percepción de hostigamiento obtenida varió considerablemente en los tres criterios de medida utilizados, siendo significativamente mayor en Brasil que en España. La procedencia del hostigamiento fue predominantemente intraprofesional, lo que desencadenó importantes síntomas de estrés. El género femenino, el deseo de abandonar la profesión y la falta de participación en la toma de decisiones, se asociaron significativamente con la percepción de hostigamiento psicológico. También presentaron significación estadística con dicho fenómeno el sentimiento de Humillación y el Rechazo Personal (Factor 1 del HPT-R) y los síntomas de estrés. En contrapartida, la

Búsqueda de Soluciones se asoció negativamente con el fenómeno estudiado. Las estrategias de afrontamiento ante las conductas hostiles fueron significativamente más activas en Brasil y más evitativas en España.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el hostigamiento psicológico en enfermería es una conducta deliberada que no tiene fronteras, donde la hostilidad es sobretodo intraprofesional, haciendo de la enfermería una profesión cada vez más vulnerable a la agresión.

Palabras clave: Hostigamiento, acoso psicológico, asedio moral, enfermería, afrontamiento, estrés.

Abstract

In the last twenty years, the scientific community has shown the psychological and social risks derived from the interpersonal relationships in the conflict development at the work environment. In this regard, the objective of this PhD Thesis, entitled “Psychological harassment or mobbing in nursing staff in Brazil and Spain: A comparison”, is to study the experience of psychological harassment in the nursing staff from two different geographical contexts. A cross sectional study was carried out at two hospitals with similar characteristics: Hospital Universitario Son Espases, formerly Son Dureta, in Palma de Mallorca (Spain); and Hospital do IPSEMG (Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais) in Belo Horizonte (Brazil). In these hospitals, 285 and 274 volunteers participated in Spain and Brazil, respectively. Data were gathered using self-administered questionnaires. The following instruments were used: Socio-demographic and occupational data questionnaire specifically designed for this study, Psychological Harassment in the workplace-Revised version Questionnaire (HPT-R), attributional styles, Coping Strategies Questionnaire (CSQ) and Stress Symptoms Questionnaire.

The results showed that the majority of the respondents were women, *ca.* 40-years old. The perception of the psychological harassment was higher in the nursing staff from Brazil than in those from Spain. The psychological harassment was mainly from the colleagues, i.e. nurses, which lead to serious stress symptoms. The female gender, the desire of leaving the profession and the lack of participation in the decision making processes were positively correlated with the perception of psychological harassment; as well as the “humiliation and personal derogation” factor. In contrast, the search of solutions was negatively correlated with the psychological harassment. The coping strategies registered were “Active” in Brazil and “Avoidant” in Spain.

This study highlights that the psychological harassment in the nursing staff is a deliberate behavior in which the hostility uses to come from the colleagues, which increments the vulnerability of the nursing staff to this phenomenon.

Key words: Mobbing, bullying, psychological harassment, coping strategies, nursing staff, stress.

PARTE TEÓRICA

I. Introducción

El hostigamiento psicológico en el trabajo (HPT) constituye una de las principales fuentes de estrés laboral y se perfila como una patología psicosocial emergente (Fornés, Martínez-Abascal & García de la Banda, 2008a) y altamente devastadora (Zapf, 1999; Niedl, 1996), comparado con las demás formas de estrés laboral (Niedl, 1995). El incremento de la conciencia social del problema ha sido constante, en parte debido a la constatación de la transcendencia de sus consecuencias y al impacto sobre el equilibrio de las organizaciones.

Hay evidencia en la literatura revisada de que el hostigamiento psicológico, conocido originalmente como *psychological terror* o *mobbing*, tiene efectos negativos sobre la salud de los trabajadores (Zapf, Knorz & Kulla, 1996; Niedl, 1996; Einarsen, 1999; Einarsen & Raknes, 1997; O'Moore, Seigne, McGuire & Smith, 1998; Vartia, 2001; Mikkelsen & Einarsen, 2002a; Guerra, Martínez, Munduate & Medina, 2005; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno & Garrosa, 2006; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Sanz & Rodríguez-Carvajal, 2008) y sobre su práctica profesional, afectándoles de forma muy variada (Boada, de Diego, Agulló & Mañas, 2005) y causando serios problemas en el ámbito organizacional (Salin, 2001; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa & Morante-Benadero, 2005).

La asociación entre el fenómeno del hostigamiento psicológico y el colectivo de enfermería ha sido exponencial en los últimos 15-20 años. Leymann (1996) ya señaló la complejidad de la dinámica hospitalaria, la predominancia de pobres condiciones organizativas de trabajo y la permisividad de tales instituciones frente a las conductas hostiles. El trabajo de Leymann también puso de manifiesto algunas de las peculiaridades de la enfermería que la hacía más predispuesta a las conductas de hostigamiento psicológico en su trabajo, como por ejemplo la ambigüedad jerárquica y de rol a que está sometida, la sobrecarga de trabajo causada a menudo no sólo por la falta de personal, sino también por la

mala gestión del trabajo, o la incapacidad de los mandos para administrar las situaciones de conflicto. Además, Leymann observó que la predominancia del género femenino era un factor añadido al escalonamiento del conflicto, atribuyéndolo al hecho de que las mujeres tienden a ser más dependientes del soporte social de la dinámica grupal. Los resultados encontrados por Leymann son acordes con los hallazgos de Cox (1991a) que, en la década de 1980, ya alertaba de que la hostilidad perpetrada en el ambiente sanitario parecía ser la gran responsable por alejar a los alumnos más destacados de la enfermería.

Las implicaciones del HPT sobre los trabajadores, y en especial sobre el personal de enfermería, hacen que el interés por esta problemática sea constante en este colectivo. Sin embargo, este campo de investigación todavía presenta una carencia de definiciones claras (Einarsen, 1999; Agervold & Mikkelsen, 2004; Agervold, 2007), lo que provoca un serio problema metodológico y práctico, tanto para su diagnóstico, como para su prevención y corrección (Quine, 1999; Peiró, González & Moliner, 2003). No obstante, a pesar de los diferentes conceptos existentes, todas las investigaciones apuntan a un problema de gran trascendencia para el trabajador y para la organización.

1. Justificación del estudio

Como puede constatarse a lo largo de este trabajo, las evidencias indican que la enfermería es uno de los colectivos con mayor incidencia de hostigamiento psicológico en el trabajo y aunque se observe un crecimiento científico en torno al binomio enfermería/acoso o similares, quedan todavía muchas cuestiones por responder.

Partiendo del supuesto de que el HPT repercute de forma negativa sobre la persona afectada, su entorno y su práctica profesional (Yildirim, 2009; Efe & Ayaz, 2010), y en el caso de la enfermería, poniendo incluso en riesgo la seguridad del paciente (Cox, 1991b; Edwards & O'Connell, 2007; Yildirim, 2009; Johnson, 2009), parece relevante profundizar

en su conocimiento con el objetivo de contribuir a una mejor comprensión del fenómeno en cuestión.

Para ello, y dado el origen y la experiencia profesional de la doctoranda, se eligió como muestra para este trabajo profesionales de enfermería de Brasil y España, que aunque pertenezcan a un mismo colectivo presentan sutiles diferencias entre sí. Así, los resultados de este estudio aportarán nuevos datos sobre la transcendencia del HPT en dos poblaciones socio-culturalmente distintas, poniendo de relieve la importancia de los contextos organizacionales, sociales y culturales en la aparición de los conflictos laborales. Por otra parte, los resultados obtenidos contribuirán también al desarrollo de medidas que faciliten el afrontamiento de la hostilidad psicológica laboral y la creación de un entorno más saludable.

II. Marco Teórico

El interés por conocer las características del hostigamiento psicológico en el entorno laboral, así como el alcance de sus consecuencias ha aumentado de forma exponencial en los últimos 15-20 años. Desde entonces, a nivel nacional e internacional, se han barajado distintos conceptos como: *mobbing* (Leymann, 1996), *bullying* (Einarsen & Skogstad, 1997), *harassment* (Fornés, Cardoso, Castelló & Gili, 2011), acoso (Moreno-Jiménez & Rodríguez-Muñoz, 2006), asedio (Novaes, 2003) o maltrato y hostigamiento psicológico (Fornés et al., 2008a), entre otros. Sin embargo, todos los trabajos aluden a un mismo fenómeno y coinciden en que se trata de un proceso escalonado de conductas hostiles que son perpetradas por una o más personas hacia otra, que si persisten en el tiempo pueden causar serios daños sobre la salud física y psíquica de la víctima. La exposición a tales conductas ha sido considerada como una fuente extrema de estrés psicosocial (Vartia, 2001) que suele estar asociado, entre otras variables, a la percepción de escaso apoyo social (Lewis, 2006; Hough, Hoel et al., 2011), una desigualdad de poder, real o percibido (Aquino, 2000; Salin, 2003a; Nielsen et al., 2009) o a factores organizacionales (Hutchinson, Wilkes, Jackson & Vickers, 2010). No obstante, las conductas hostiles perpetradas en el ambiente de trabajo no afectan a las personas de manera uniforme. Su repercusión depende de la interpretación que hace cada individuo de la situación estresante en la que se encuentra, es decir, la percepción de sentirse o no hostigado y la carga de estrés que dicha percepción conlleva suelen tener interpretaciones complejas y subjetivas, de la misma forma que la elección de la estrategia de afrontamiento utilizada frente a la situación que se presenta (Einarsen, 2000; Quine, 2001; Agervold, 2007).

El estudio del hostigamiento psicológico en el trabajo podría contextualizarse dentro de la teoría transaccional del estrés-afrontamiento propuesta por Lazarus y Folkman (1986). De acuerdo con estos autores, el estrés psicológico es el resultado de una relación entre la

persona y el medio, que es evaluado por la persona que lo sufre como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en riesgo su bienestar. Lazarus y Folkman defendieron que las personas difieren entre sí en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacciones ante los mismos. Por lo tanto, ante situaciones similares se podrían observar respuestas de cólera, depresión, ansiedad, culpabilidad o incluso sentimiento de amenaza, pero también de desafío.

Tales aportaciones ratifican la literatura revisada, donde se pone de manifiesto que las personas que están sometidas a situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo valoran de forma muy dispar lo que ocurre consigo mismas o en su entorno (Zapf & Gross, 2001). Aunque esta valoración podría estar relacionada con las distintas fases en la evolución del hostigamiento psicológico o al apoyo percibido (Lewis, 2006). Sin embargo, las evidencias apuntan a que la mayoría de las víctimas se sienten superadas por la situación de acoso y presentan una mayor tendencia a elegir estrategias de afrontamiento negativas, que podrían llevar incluso a atentar contra su propia integridad física (Einarsen, 2000; Hirigoyen, 2001; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007). Asimismo, las evaluaciones cognitivas realizadas por las víctimas en el escalonamiento del maltrato psicológico podrían ser similares a las evaluaciones cognitivas propuestas por Lazarus y Folkman (1986), es decir, evaluación primaria, secundaria y reevaluación.

a) La evaluación cognitiva primaria, según Lazarus y Folkman, consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. Cuando la situación es evaluada como estresante, ésta puede derivar a interpretaciones distintas: de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. El daño/pérdida alude a prejuicios que el individuo ha sufrido, mientras que la amenaza hace referencia a la anticipación de dichos prejuicios. En cuanto al desafío, éste se refiere a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o de ganar algo con la experiencia vivida.

En las situaciones de hostigamiento psicológico, en una evaluación primaria, las víctimas a menudo no son conscientes del riesgo al que están expuestas y tienden a subestimar la hostilidad recibida atribuyéndola a un conflicto aislado o a una mayor susceptibilidad por su parte, aunque tal situación les genere daño y conlleve sentimientos negativos. En este sentido, Agervold (2007) señala que las víctimas son renuentes a admitir que están siendo acosadas, debido al estigma que las envuelve. Sin embargo, cuando la hostilidad asume una cadencia casi cotidiana, la percepción de daño se hace más tangible derivando en la búsqueda de una alternativa para paliar los efectos del fenómeno, al que Lazarus y Folkman denominan “evaluación secundaria”.

b) La evaluación secundaria es el ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de los recursos que pueden aplicarse a una situación determinada y cómo deben aplicarse. En este sentido, se trata de un proceso que evalúa si las opciones de afrontamiento que se tienen cumplirán con lo que se espera de ellas. Este tipo de evaluación incluye también valorar las consecuencias de utilizar una u otra estrategia (o un grupo de ellas).

Hay suficiente evidencia en la literatura de que las víctimas de hostigamiento psicológico buscan diferentes mecanismos o estrategias de afrontamiento para solucionar o paliar el conflicto. Sin embargo, la mayoría de las personas perciben que las estrategias utilizadas son neutralizadas por el agresor, por los compañeros o por la propia organización, lo que lleva a la persona afectada a reevaluar su situación (Lindy & Schaefer, 2010; Hutchinson, Wilkes et al., 2010; Hogh, Hoel et al., 2011; Pai & Lee, 2011, entre otros).

c) La reevaluación se refiere a los cambios efectuados en evaluaciones previas a partir de nuevos planteamientos realizados por el propio individuo o informaciones recibidas del entorno. No obstante, las reevaluaciones pueden ser el resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento, denominadas, en este caso, reevaluaciones defensivas.

Por otra parte, aunque la persona tenga la posibilidad de evaluar y reevaluar la situación en la que se ve implicada, la vulnerabilidad es un factor añadido a las situaciones de hostigamiento psicológico que, según la teoría transaccional del estrés-afrontamiento, viene determinada por la importancia de la amenaza percibida.

1. El hostigamiento psicológico: Bases conceptuales

Las investigaciones sobre hostigamiento psicológico en el trabajo empiezan a aparecer en la década de 1970, cuando Brodsky (1976) estudia y publica casos típicos de *mobbing*. A pesar de tener como tema central los accidentes laborales, el estrés psicológico y la sobrecarga de trabajo, el trabajo anteriormente citado ponía en evidencia el maltrato psicológico al que estaban sometidos los trabajadores en su lugar de trabajo y lo describió como “intentos repetidos y persistentes de una persona de atormentar, desgastar, frustrar o conseguir una reacción de otra, mediante un trato que continuamente provoca, presiona, asusta, intimida o causa la incomodidad de otras personas en el trabajo”.

Conforme señala Gimeno (2005), en la década de 1980 Leymann y Gustafsson publicaron un estudio piloto titulado “*Psychological violence at workplace. Two exploratives studies*”, resultado de una investigación científica iniciada en 1982 en diferentes organizaciones suecas, donde se puso de manifiesto un tipo de violencia psicológica extrema y muy peculiar en contra del trabajador, ejercida de forma sistemática y recurrente por un periodo prolongado de tiempo, al que denominaron *Psychological terror o mobbing*.

Según Leymann (1996), la expresión “*mobbing*” ya había sido empleada a principios de los años 70 por el médico sueco Peter-Paul Heineman para describir la violencia de grupo entre los niños en edad escolar. Dada la similitud de las conductas, Leymann se adueña de esta terminología descartando deliberadamente el término *Bullying*, debido a su connotación de violencia física. De acuerdo con este autor, “*mobbing*” se presentaba como el término más

adecuado para nombrar las conductas hostiles y altamente sofisticadas desarrolladas en los centros laborales, donde la agresión física raramente tiene lugar (Mikkelsen & Einarsen, 2002b). De esta manera, Leymann (1996) definió el *mobbing* como: “Una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes (al menos una vez por semana), por un prolongado periodo de tiempo (al menos durante 6 meses)”.

De acuerdo con estudios previos (Leymann, 1996; Einarsen & Hauge, 2006), la incidencia aislada de los comportamientos negativos no debería ser considerada como *mobbing*, aunque se admite que pueden ocasionar situaciones de estrés en el trabajo. En otras palabras, la distinción entre un conflicto aislado y el *mobbing* u hostigamiento psicológico en el trabajo no se centra en qué se hace, o cómo se hace, sino en la frecuencia y duración de qué se hace (Leymann, 1996).

A pesar de no existir un criterio de corte claro entre la exposición a las conductas negativas y la definición del hostigamiento psicológico, la comunidad científica generalmente sigue los criterios de frecuencia (semanalmente) y temporalidad (periodo mínimo de 6 meses) trazados por Leymann (1996). No obstante, los criterios acotados originalmente para definir el *mobbing* parecen generar cierto conflicto, puesto que cada persona percibe y valora de forma distinta los diferentes estresores laborales (Einarsen & Skogstad, 1996; Hoel & Cooper, 2000; Salin, 2001; Pérez, Martín & Gallego, 2003; Fornés, Martínez-Abascal, García de la Banda, & Reinés, 2004; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007) y que la percepción de ser más o menos hostigado varía en función del umbral de resistencia psicológica de cada uno (Gilioli et al., 2001). Por lo tanto, las situaciones de acoso pueden ser de corta duración pero

extremadamente intensas, derivando en importantes secuelas para la persona afectada (Björkqvist, Österman & Hjelt-Bäck, 1994).

Aunque el *mobbing* se presenta como un fenómeno complejo y muy controvertido, todos los estudios revisados corroboran de alguna manera la definición propuesta originalmente por Leymann y sostienen que la intencionalidad de las conductas hostiles que dan paso al acoso psicológico es socavar a la víctima (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Sanz et al., 2008; Hutchinson, Vickers, Wilkes & Jackson, 2010) pues, al darse de forma repetida y malintencionada en un marco laboral (Ovejero, 2006), la persona, en una evidente desigualdad de poder (Salin, 2003a; Nielsen et al., 2009), es arrojada a una situación de soledad e indefensión (González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2003). Así, la exposición sostenida a tales conductas puede desencadenar un amplio abanico de síntomas de estrés (Einarsen, Raknes & Matthiesen, 1994; Vartia, 2001; Niedl, 1996; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; Lutgen-Sandvik, G. Namie & R. Namie, 2009), derivando en graves consecuencias para la salud física y mental de la persona afectada (Leymann & Gustafsson, 1996; Einarsen, 1999; Einarsen, 2000; Hirigoyen, 2001; Mikkelsen & Einarsen, 2002b; Eurofedop, 2004; Novaes, 2003; Justicia, Benítez & Fernández, 2006; Topa, Morales & Gallastegui, 2006; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007). No obstante, las consecuencias del hostigamiento psicológico en el trabajo no se limitan a la persona que lo padece o a su entorno personal, sino que también se extienden a la dinámica laboral. En este sentido, la literatura revisada pone de manifiesto que el *mobbing* también afecta la dinámica organizacional, dado que se asocia a elevadas tasas de absentismo (Mckenna, Smith, Poole & Corvadele, 2003; Boada et al., 2005; Lindy & Schaefer, 2010), negligencia (Niedl, 1996; Ferrinho et al., 2003), intentos de abandonar la organización (Johnson, 2009) y una alta rotación laboral (Leymann, 1996; Hogh, Hoel et al., 2011).

Dada la magnitud y complejidad de las situaciones que envuelven el hostigamiento psicológico en el trabajo, era de suponer un creciente interés académico por este tema (Einarsen & Hauge, 2006), así como el incremento de la conciencia social del problema. En este sentido, con el objetivo de conocer el alcance científico del fenómeno en los últimos años, se realizó una búsqueda bibliográfica por lustros, empleando la base de datos ISI web of science. Acotando la búsqueda a publicaciones en revistas científicas, se utilizó como palabras claves términos tipo *mobbing* o similares (*bullying, harassment, victimization, emotional abuse*, entre otros). Posteriormente, se filtraron los resultados seleccionando aquellos trabajos que aludían al ámbito laboral (*and workplace*). Finalmente, se constató que los estudios sobre el maltrato psicológico perpetrados en los locales de trabajo se habían multiplicado por 4 en los últimos 20 años. Tales resultados confirman el interés que despierta dicho fenómeno (Figura 1).

Aunque el crecimiento en torno a la problemática social que envuelve el *mobbing* es exponencial, las lagunas que presentan este fenómeno ponen de manifiesto que este sigue siendo un campo de estudio reciente y novedoso.

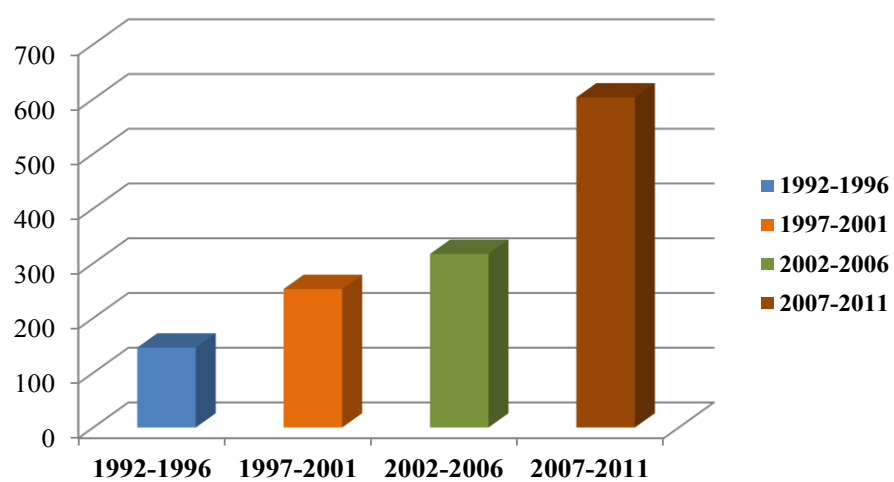


Figura 1. Evolución de la publicación de artículos sobre *mobbing* (y términos relacionados) en el entorno laboral en los últimos 20 años

1.1. Pluralidad conceptual del hostigamiento psicológico en el ámbito laboral

Diferentes términos y conceptos son usados por la comunidad científica para definir el hostigamiento psicológico en el trabajo, conforme se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Terminología y conceptos empleados en algunos trabajos sobre el hostigamiento psicológico en el trabajo

Referencia	Término	Definición
Brodsky (1976)	<i>Harassment</i>	Intentos repetidos y persistentes de una persona de atormentar, frustrar o agotar a otra a través de provocaciones, intimidaciones o cualquier otra actitud que cause incomodidad a otra persona.
Thylefors (1987)	<i>Scapegoating</i>	Una o más personas que durante un periodo de tiempo son víctimas de actitudes negativas de otra u otras personas.
Matthiesen, Raknes & Rrökkum (1989)	<i>Mobbing</i>	Conductas negativas y frecuentes de una o más personas hacia otra u otras de su grupo de trabajo.
Wilson (1991)	<i>Workplace trauma</i>	La actual desintegración de un empleado por parte de un compañero(s) o jefe a través de conductas deliberadamente maliciosas sea de forma disimulada o no.
Adams (1992)	<i>Bullying</i>	Críticas y humillaciones frecuentes en público o privado a una persona.
Vartia (1993)	<i>Harassment</i>	Situación donde una persona está reiteradamente expuesta a conductas negativas por un largo periodo de tiempo, por parte de una o más personas.
Kile (1994)	<i>Health endangering leadership</i>	Conductas humillantes y presiones continuas por un largo periodo de tiempo, perpetradas por un superior, abiertamente o no.

Tabla 1 (continuación)

Referencia	Término	Definición
Ashforth (1994)	<i>Petty tyranny</i>	Un líder que emplea su poder de forma arbitraria, menospreciando a sus subordinados, demostrando falta de consideración, actitudes conflictivas y amenazantes.
Leymann (1996)	<i>Mobbing/ Psychological terror</i>	Comportamiento hostil y desprovisto de ética que es administrado de forma sistemática por uno o más individuo contra otro, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes.
Hirigoyen (1999)	<i>Acoso moral</i>	Cualquier manifestación de una conducta abusiva y, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad o la integridad física o psíquica de una persona, o que puedan poner en peligro su empleo, o degradar el clima de trabajo.
Hoel & Cooper (2000)	<i>Bullying</i>	Situación donde uno o varios individuos perciben ser receptores de acciones negativas de una o varias personas de forma persistente durante un periodo de tiempo, donde la víctima tiene dificultad para defenderse.
Aquino (2000)	<i>Victimization</i>	Percepción del individuo de haber estado expuesto, momentánea o repetidamente, a acciones agresivas que emanan de una o más personas.
Zapf & Gross (2001)	<i>Bullying</i>	Fenómeno que ocurre cuando una persona está siendo presionada, ofendida, socialmente excluida, humillada y si esta persona está en una situación de desigualdad de poder.

Tabla 1 (continuación)

Referencia	Término	Definición
Salin (2001)	<i>Bullying</i>	Comportamientos negativos repetidos y persistentes dirigidos hacia uno o varios individuos, y que crean un ambiente de trabajo hostil. Cuando la víctima está sometida a este tipo de situación tiene dificultades para defenderse por sí misma; lo que hace del conflicto una lucha de poder desigual
Barreto (2002)	<i>Assédio moral o mobbing</i>	Comportamientos agresivos perpetrados, la mayoría de las veces, por superiores jerárquicos contra una o más personas con el objetivo de descalificarla, desmoralizarla profesionalmente, además de desestabilizarla emocionalmente, tornando el ambiente de trabajo hostil, para forzarla a dimitir.
González de Rivera & Rodríguez-Abuín (2003)	<i>Acoso grupal o institucional</i> <i>Terror psicológico</i>	Comunicación hostil y sin ética dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desamparo, y activamente mantenido en ella.
Novaes (2003)	<i>Assédio moral o mobbing</i>	Persecución continuada, cruel, humillante y desencadenada normalmente por un sujeto perverso, destinada a alejar a la víctima del trabajo con graves daños para su salud física y mental.
Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Morante et al. (2008)	<i>Acoso psicológico</i>	Actitudes y comportamientos hostiles continuados, dirigidos de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, con el fin de desprestigiar, humillar, aislar y, en último término, provocar el abandono del puesto de trabajo.

Fuente modificada de Einarsen (2000)

A pesar del gran interés académico evidenciado en las dos últimas décadas, el hostigamiento psicológico sigue siendo un fenómeno difícil de acotar. De hecho, la diversidad de conceptos, definiciones y operacionalizaciones pone de manifiesto el gran

problema metodológico que envuelve el tema (Einarsen, 2000; Peiró et al., 2003; Coyne, Chong, Seigne & Randall, 2003).

Dada la diversidad conceptual encontrada en la literatura, en este trabajo utilizaremos indistintamente los conceptos: acoso, maltrato, hostigamiento y *mobbing*, entendidos como una conducta tendenciosa y repetida en el tiempo que pretende desestabilizar física y psicológicamente a la víctima.

2. Características y formas de hostigamiento

La literatura sobre el hostigamiento psicológico pone en evidencia que éste posee una característica diferencial respecto a otros tipos de violencia organizacional, la de no dejar rastro ni señales externas, a no ser por el deterioro progresivo que presenta la víctima, que a su vez es maliciosamente atribuido a problemas de personalidad, carácter difícil o incompetencia profesional (Ovejero, 2006; Lewis, 2006; Agervold, 2007; Hutchinson, Vickers et al., 2010).

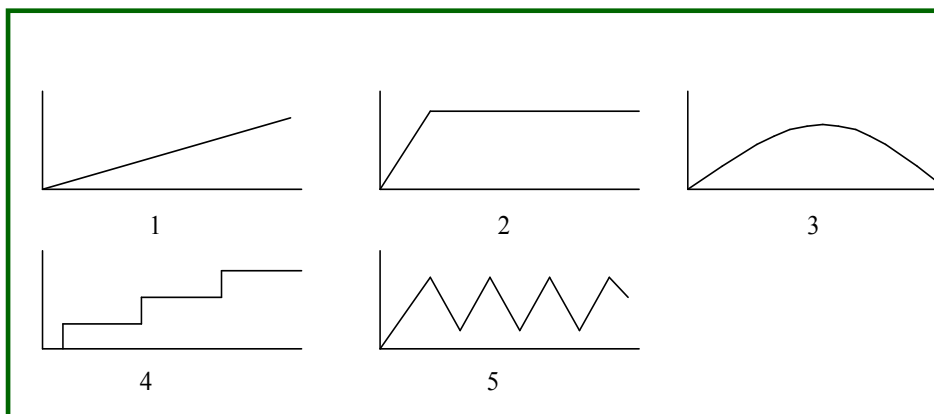
2.1. Etapas del proceso

El conflicto desencadenante del *mobbing* puede ser de distinta índole, desde un simple malentendido, diferencias o conflictos de cualquier naturaleza a fuertes desencuentros entre hostigado y hostigador. Son situaciones que suelen coincidir con momentos de crisis o tensión en la empresa como modificaciones organizativas, tecnológicas o políticas (Hoel & Cooper, 2000; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007). La persona hostigada comienza a ser criticada por la forma de hacer su trabajo, que hasta el momento era bien visto. Al principio, las víctimas no quieren parecer susceptibles y no se toman en serio las indirectas o vejaciones. En una segunda fase, con una situación asimétrica de poder ya establecida, las agresiones se vuelven sistemáticas y más intensas, todas ellas con el objetivo de desacreditar

y estigmatizar públicamente a la víctima (Fornés, 2001; Hutchinson, Vickers et al., 2010). En un intento de comprender lo que pasa, la persona hostigada se pregunta: “¿Qué he hecho para que me traten así?” o “¿Por qué a mí?” Las agresiones se tornan cada vez más injuriosas (Zapf & Gross, 2001; Zapf & Einarsen, 2001), los compañeros y/o testigos empiezan a excluir socialmente a la víctima del grupo, aislándola progresivamente y “cotilleando” acerca de ella. A esta altura, el hostigador, que actuaba discretamente, gana mayor libertad de acción frente a la asistencia pasiva de los demás que, por miedo (Lewis, 2006; Vessey, Demarco, Gaffney & Budin, 2009; Efe & Ayaz, 2010) o sencillamente por una competitividad desenfrenada (Ovejero, 2006; Hutchinson, Wilkes et al., 2010), desarrollan una mayor “tolerancia a la injusticia”, excusándose de su complicidad (Neuman & Baron, 2003; Vessey et al., 2009), lo que refleja la profunda crisis ética que vive la sociedad actual (Novaes, 2003).

2.2. Tipos y procedencia de hostigamiento psicológico en el trabajo

En un estudio realizado con víctimas de maltrato psicológico en el trabajo, Zapf y Gross (2001) observan que la evolución diacrónica de las conductas hostiles puede ser muy variada. No obstante, estos autores constatan que el curso de estas conductas suele ser mayoritariamente progresivo y con comportamientos cada vez más negativos (Figura 2). Datos que están en consonancia con la literatura publicada y revisada hasta el momento.



Fuente: Zapf y Gross (2001)

1. Intensificación continua; 2. Intensificación rápida que luego se estabiliza; 3. Intensificación rápida y disminución del conflicto a lo largo de un tiempo; 4. Intensificación por etapas; 5. Intensificación y disminución del conflicto alternativamente

Figura 2. Tipos de evolución del conflicto según Zapf & Gross (2001)

En cuanto a la procedencia de las conductas hostiles en el ambiente de trabajo, la literatura pone de manifiesto que éstas pueden ser de origen vertical u horizontal. Asimismo, el hostigamiento de procedencia vertical se subdivide en ascendente, es decir los subordinados hacia los jefes, y descendente, de los jefes hacia los subordinados, mientras que el hostigamiento psicológico de tipo horizontal, se da exclusivamente entre compañeros de trabajo. Por otra parte, estudios recientes (Lewis, 2006; Vessey et al., 2009; Efe & Ayaz, 2010), hablan también de hostigamiento intraprofesional, que aunque se dé dentro de un mismo colectivo difiere del hostigamiento horizontal, puesto que en esta nueva variante no se tiene en cuenta el rango jerárquico de los implicados (Figura 3).

De acuerdo con los estudios revisados, parece haber una cierta predominancia de hostigamiento de tipo descendente y horizontal. Así, los datos del barómetro Cisneros de la Universidad de Alcalá señalaron a los jefes en dos de cada tres casos de hostigamiento psicológico y a los compañeros en un 30%, como agente hostigador (Piñuel, 2003). En otro estudio, realizado con trabajadores británicos, Hoel y Cooper (2000) observaron que los jefes alcanzaron mayor protagonismo como hostigadores (75%), seguidos por los compañeros

(37%) y por último los subordinados (7%). Datos semejantes han sido publicados por Salin (2001), Zapf, Einarsen, Hoel y Vartia (2003), Einarsen y Hauge (2006), Fornés, Martínez-Abascal y García de la Banda (2008b), y Namie y Lutgen-Sandvik (2010). Sólo una minoría de los casos de *mobbing* tiene origen ascendente (Björkqvist et al., 1994; Piñuel, 2001, 2003; Hirigoyen, 2001; Zapf et al., 2003; Justicia, Benítez, Fernández & Berbén, 2007). Los trabajos anteriormente citados ratifican la importancia de las diferencia de poder, real o percibida en el contexto del *mobbing* (Nielsen et al., 2009).

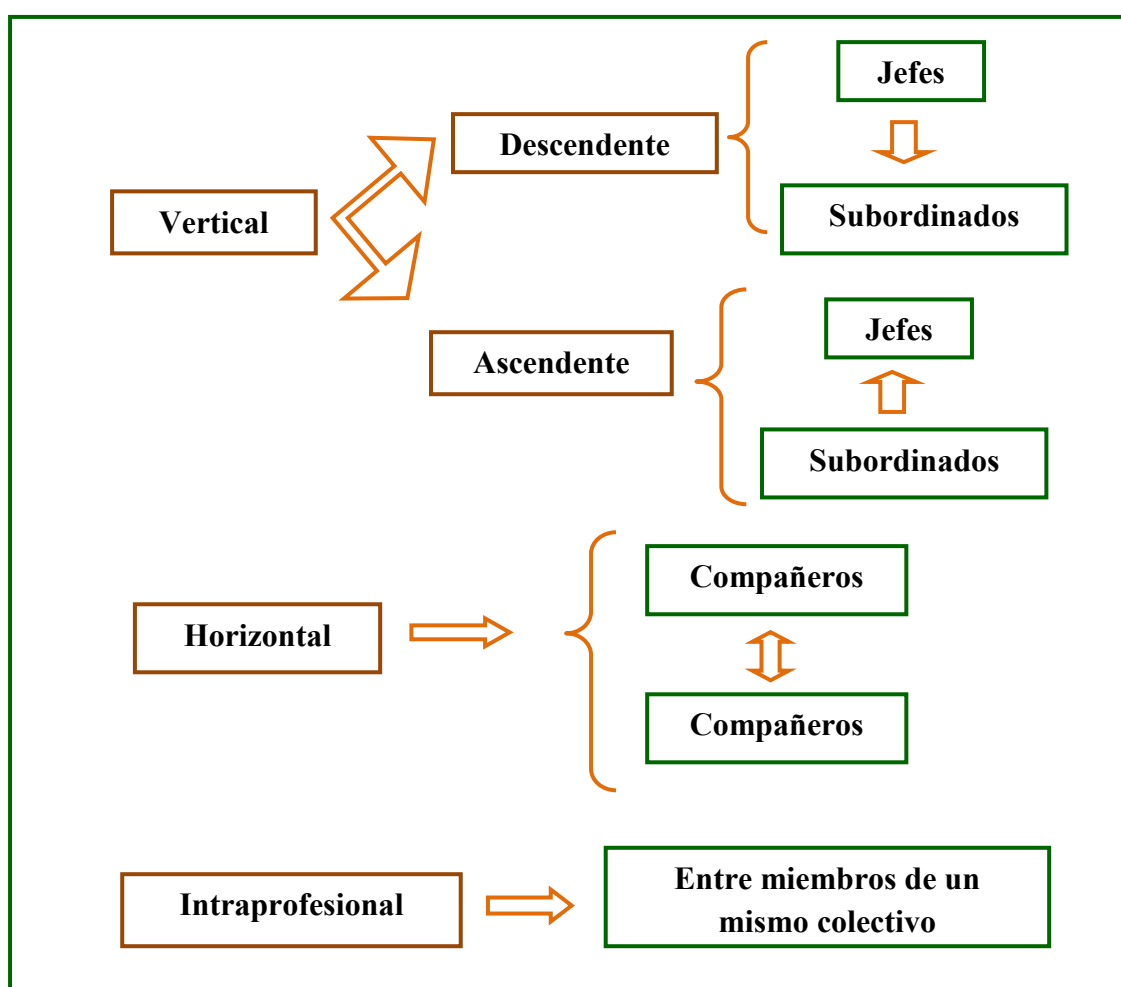


Figura 3. Procedencia de hostigamiento psicológico en el lugar de trabajo, según la literatura revisada

2.3. Características de las víctimas de hostigamiento psicológico

Las características personales de las víctimas de hostigamiento psicológico en el trabajo han despertado, indudablemente, un gran interés por parte de la comunidad científica. En este sentido, se han barajado una serie de variables que podrían predisponer a una persona a padecer maltrato psicológico en su lugar de trabajo como: ciertos rasgos de personalidad (Coyne, Seigne & Randall, 2000; Matthiesen & Einarsen, 2001), el género (Ott, 1989; Eriksen & Einarsen, 2004; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Gorrosa, Morante-Benadero & Rodríguez-Carvajal, 2005; Fornés, Martínez-Abascal, et al., 2004; Fornés et al., 2008b; Justicia et al., 2006), la edad (Hirigoyen, 2001), su condición jerárquica (Einarsen & Raknes, 1997; Hoel & Cooper, 2000; Salin, 2001), o la pertenencia a grupos minoritarios (Quine, 2009; Simons & Mawn, 2010; Hogh, Carneiro, Giver & Rugulies, 2011), entre otros.

2.3.1. Los rasgos de personalidad de las víctimas de hostigamiento psicológico

Diversos investigadores han tratado de asociar la condición de persona hostigada con ciertos rasgos de personalidad. Por ejemplo, algunos han descrito a las víctimas como personas menos estables emocionalmente (O'Moore et al., 1998; Matthiesen & Einarsen, 2001; Matthiesen & Einarsen, 2007), más ansiosas (Björkqvist et al., 1994; Einarsen et al., 1994; Zapf et al., 1996; García-Izquierdo, Llor, León & Ruiz, 2006), vulnerables, sumisas e inhábiles para afrontar una situación conflictiva (Coyne et al., 2000). También se les atribuyen una falta de competencias sociales y déficit de autoestima (Zapf & Einarsen, 2003; Coyne et al., 2000; Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez-Muñoz & Morante-Benadero, 2006; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno et al., 2006; Matthiesen & Einarsen, 2007), así como mayores puntuaciones de neuroticismo (Vartia, 1996; Fornés et al., 2008b). No obstante, algunos autores asocian la condición de víctimas a personas “envidiables” que suponen una amenaza para la rutina de los demás trabajadores (Ausfelder, 2002; Salin,

2003b). En este sentido, Zapf y Gross (2001) encontraron que muchas víctimas no eran conscientes de que su comportamiento fuera potencialmente provocativo o amenazante. Estos datos vienen a corroborar otros trabajos al indicar que tanto el grado de autoestima como un determinado perfil de personalidad podrían incrementar la susceptibilidad de algunas personas a padecer hostigamiento (Coyne et al., 2000; Matthiesen & Einarsen, 2007). Sin embargo, otros autores descartan la teoría de una personalidad proclive a padecer hostigamiento (Leymann, 1996) y consideran que más que una causa, la personalidad supuestamente débil, sumisa y enfermiza, es una consecuencia de la situación de maltrato. Que ante tal situación, cualquier persona desarrollaría rasgos de personalidad considerados patológicos (Björkqvist et al., 1994; Ovejero, 2006; Topa, Depolo & Morales, 2007). Asimismo, Zapf y Einarsen (2003), tras una revisión de la literatura concluyeron que no todas las víctimas de hostigamiento psicológico presentaban bajas competencias sociales o un perfil de neuroticismo, aunque no descartaron que determinado perfil de personalidad pudiera influir en la percepción de sentirse hostigado. Por otra parte, Lewis (2006), aunque contempla la influencia de la personalidad en la evolución del conflicto, advierte que la teoría de una personalidad proclive al hostigamiento psicológico es difícil de sostener cuando muchos de los perpetradores son también víctimas de hostigamiento.

Cabe recalcar que, aunque se hayan llevado a cabo trabajos con distintas técnicas de evaluación para determinar la implicación de la personalidad en las situaciones de hostigamiento, la mayoría de los estudios se han realizado con metodología cuantitativa transversal (Moreno-Jiménez & Rodríguez-Muñoz, 2006). Probablemente se necesitarían estudios longitudinales para esclarecer la influencia de la personalidad como antecedente o consecuencia del hostigamiento psicológico en el trabajo (Einarsen, 2000; Matthiesen & Einarsen, 2001; Moreno-Jiménez & Rodríguez-Muñoz, 2006).

2.3.2. El género de la persona hostigada

Hay muchas controversias en torno a si el género de la víctima es un factor que predispone o no a una situación de hostigamiento laboral. Hay estudios que hablan de diferencias poco significativas (Niedl, 1995; Leymann, 1996; Einarsen & Skogstad, 1996; Vartia, 1996; Hoel & Cooper, 2000; Matthiesen & Einarsen, 2001; Gil-Monte, Carretero & Luciano, 2006), mientras que otros apuntan al género femenino como más susceptible de padecer conductas de hostigamiento (Björkqvist et al., 1994; Niedl, 1995; Zapf et al., 1996; Rayner, 1997; Hirigoyen, 2001; Salin, 2001; Zapf et al., 2003; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Gorrosa, Morante-Benadero & Rodríguez-Carvajal, 2005; Justicia et al., 2006; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno et al., 2006; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin & Morante-Benadero, 2008). En este sentido, el trabajo realizado por Rayner (1997) puso de manifiesto que las mujeres son blancos habituales de conductas hostiles, siendo éstas perpetradas tanto por hombres como por mujeres, mientras que los hombres reportaron ser raramente acosados por mujeres. Los trabajos conducidos por Zapf et al. (2003), Hauge, Skogstad y Einarsen (2009) y Namie y Lutgen-Sandvik (2010) concluyeron que la mujer aparece más frecuentemente como elemento hostigado, mientras que el hombre se destaca como elemento hostigador. Los datos anteriormente citados están respaldados por los resultados obtenidos por Einarsen et al. (1994) y Vartia y Hyyti (2002). Asimismo, Nielsen et al. (2009) señalaron que las mujeres se mostraban menos agresivas y o dominantes y presentaban relaciones sociales más asertivas que los hombres. Sin embargo, el trabajo realizado por Justicia et al. (2007), puso de manifiesto lo contrario, es decir, que las mujeres presentan mayores niveles de comportamientos agresivos que los hombres.

Por otra parte, Fornés et al. (2008b) demostraron que los hombres se percibían más hostigados (22.4%) que las mujeres (14.5%), aunque en este caso se atribuyó el

hostigamiento a un grupo minoritario, puesto que los hombres constituían una minoría en la muestra estudiada. Datos semejantes fueron registrados por Eriksen y Einarsen (2004).

2.3.3. La edad como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico

Respecto a la variable edad, los trabajos revisados evidenciaron ciertas controversias, aunque parece haber una mayor tendencia de hostigamiento psicológico a mediana edad. A pesar de no observarse un criterio de corte claro en la franja de edad, algunos estudios sitúan una mayor percepción de maltrato psicológico entre los 40 y los 55 años (Hirigoyen, 2001; Hoel, Cooper & Faragher, 2001; Fornés, Martínez-Abascal, et al., 2004) o incluso entre los 51 y los 60 años (Einarsen & Skogstad, 1996; Barbosa, Labronici, Sarquis & Mantovani, 2011). No obstante, la edad temprana no exime a las personas de padecer conductas de acoso. En este sentido, hay trabajos que ponen en evidencia una mayor prevalencia de hostigamiento entre los 25 y los 30 años (Rayner, 1997; Quine, 1999; Piñuel, 2001; Justicia et al., 2006; Pai & Lee, 2011), debido a la inexperiencia profesional de las víctimas y la poca confianza sí mismas (Kamchuchat, Chongsuvivatwong, Onheunjit, Yip & Sangthong, 2008; Efe & Ayaz, 2010). En contrapartida, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al. (2008) no encuentran diferencias significativas en esta variable.

2.3.4. El estatus jerárquico de las víctimas de hostigamiento psicológico

En cuanto al estatus jerárquico de las víctimas, en primera instancia se podría pensar que los supervisores y los directivos están menos expuestos al maltrato psicológico, ya que la literatura reporta una mayor tendencia al hostigamiento descendente (Hoel & Cooper, 2000; Einarsen, 2000; Aquino, 2000; Salin, 2001; Fornés, Martínez-Abascal, et al., 2004; Justicia et al., 2006; Namie & Lutgen-Sandvik, 2010; Lindy & Schaefer, 2010) y horizontal (Hubert & Van Veldhoven, 2001; Jackson, Clare & Mannix, 2002; Satse, 2002; McKenna et al., 2003;

Randle, 2003). No obstante, diversos trabajos ponen de manifiesto que el hostigamiento psicológico en el trabajo no respeta las fronteras jerárquicas y que tanto los empleados como los supervisores y encargados son, en proporción, igualmente susceptibles a padecer maltrato psicológico en el trabajo (Einarsen & Raknes, 1997; Hoel & Cooper, 2000; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al., 2008; Vessey et al., 2009). En este sentido, Barbosa et al. (2011) señalaron que, cuando el hostigamiento se da entre los jefes, los subordinados de la víctima en cuestión pierden el respeto por la misma, puesto que la ven demasiado débil e incapaz de defenderse. Tal situación podría conducir a una hostilidad de los subordinados hacia el superior supuestamente débil, dando lugar también a un hostigamiento de origen ascendente.

2.3.5. Las víctimas de hostigamiento psicológico como grupo minoritario

Otras características atribuidas a las víctimas de hostigamiento psicológico es su condición de grupo minoritario, o sencillamente de ser distinto a los demás. En este sentido, la literatura pone en evidencia que el hecho de pertenecer a un género minoritario incrementa las posibilidades de padecer maltrato psicológico en el trabajo (Quine, 2009; Eriksen & Einarsen, 2004; Fornés, Martínez-Abascal, et al., 2004; Hogh, Carneiro et al., 2011). Así, Hoel y Cooper (2000) observaron que la mujer sólo se percibía más hostigada en organizaciones integradas mayormente por hombres. Zapf (1999) encontró que el 14% de las víctimas que se sentían distintas al grupo, bien por la edad, género o discapacidad física, presentaban una mayor percepción de acoso. En consonancia con el trabajo anteriormente citado, Simons y Mawn (2010) observaron que la pertenencia a grupos étnicos distintos era un factor que incrementaba el riesgo de *mobbing*. En esta misma línea, Hogh, Carneiro et al. (2011) en un estudio longitudinal, encontraron que el hecho de ser inmigrante aumentaba las probabilidades de padecer conductas de hostigamiento en su lugar de trabajo. Asimismo,

Quine (2009) encontró una mayor incidencia de hostigamiento psicológico entre los médicos afroamericanos y asiáticos que entre los médicos de raza blanca. Sin embargo, hay quien considera que pertenecer a un grupo minoritario podría ser beneficioso. En este sentido, Ott (1989) observó que el género minoritario actuaba como una lupa magnificadora enfatizando el estatus personal en la comunidad, de forma que esta posición resultaba ventajosa frente al maltrato laboral. No obstante, Vartia y Hyyti (2002) no encuentran diferencias significativas en estas variables.

2.4. Características de la persona hostigadora

Desvelar las características individuales de la persona hostigadora resulta una gran limitación ya que casi siempre es la víctima quien traza el perfil de quien/es le hostiga, por lo que la información que se obtiene resulta sesgada y limitada (Sáez & García-Izquierdo, 2001; Matthiesen & Einsrsen, 2007; Hauge et al., 2009). Las dificultades que se tienen para acceder a los acosadores reducen las posibilidades de conocer este fenómeno en toda su extensión (Rayner & Cooper, 2003). En este sentido, Zapf y Einarsen (2003) sugieren algunas características que podrían explicar el perfil de los perpetradores, como podrían ser: 1) los procesos autorreguladores para proteger la autoestima; 2) la falta de competencias sociales y 3) las conductas negativas como resultado de una política inescrupulosa de los directivos.

La protección de la propia autoestima está considerada como una motivación básica entre las personas por lo que es probable que influya y controle nuestra conducta. Cuando las personas se sienten respetadas y reconocidas se produce un acuerdo entre la evaluación externa e interna, por lo que la interacción con los demás es adecuada, en caso contrario, es posible que surjan conflictos, especialmente cuando la visión positiva que tenemos de nosotros mismos es cuestionada o negada por los demás (Einarsen & Hauge, 2006).

En cuanto a la falta de competencias sociales, se ha planteado que pueden estar relacionadas con la falta de autocontrol emocional y la falta de empatía, ambas pueden estar en la base de los comportamientos negativos (Adams, 1992; Matthiesen & Einarsen, 2007). De acuerdo con Ovejero (2006), la persona hostigadora padece de problemas psicopatológicos especiales (narcisismo extremo, envidia profunda, inmadurez emocional, fuertes complejos de inferioridad y la consiguiente necesidad de sobresalir sobre los demás y de demostrar continuamente una superioridad que no tiene y unos valores de los que carece) y encuentra en el *mobbing* un terreno favorable para poner en práctica una serie de conductas claramente patológicas de cara a ocultar sus carencias psicológicas, afectivas y emocionales. Así mismo, se ha planteado la posibilidad de que la persona hostigadora posea una personalidad proclive a la violencia, arrogante y narcisista (Ashforth, 1994) dotada de una autoestima inestable e insegura (Matthiesen & Einarsen, 2007). Algunos autores contribuyen a este planteamiento achacándoles un profundo complejo de inferioridad y de sentimientos de inadecuación que no resisten la presencia de otros compañeros o incluso subordinados más brillantes, mejor valorados o considerados por los demás (Piñuel, 2003; Ovejero, 2006). Por otro lado, estaría la persona que hostiga con objetivos micropolíticos. Estas conductas, habituales en periodo de crisis económica, son utilizadas en contra del trabajador con el objetivo de conseguir metas empresariales en beneficio propio o de la organización (Salin 2001, 2003b; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; Katrinli, Atabay, Gunay & Cangarli, 2010), lo que puede ser considerado por algunos estudiosos como una forma más “racional” de hostigamiento puesto que la intención última en este proceso es la defensa de intereses individuales, no la destrucción del otro (Zapf & Einarsen, 2003).

Otros estudios apuntan a que el hostigamiento psicológico en el trabajo parte sobre todo de personas que han sido víctimas de ello. Así, los trabajos realizados por Randle (2003), Lewis (2006) y Vessey et al. (2009) pusieron de manifiesto que el hostigamiento psicológico

es un comportamiento aprendido y que las personas que se perciben hostigadas posteriormente hostigan a otros. En consonancia con el trabajo anteriormente citado, Hauge et al. (2009) encontraron que todos los individuos que habían sido expuestos a conductas de maltrato psicológico en el trabajo, tanto ocasionalmente como de forma más frecuente, mostraron una importante propensión a actuar como hostigador.

3. La influencia del entorno laboral en el hostigamiento psicológico

Durante las últimas décadas, numerosas investigaciones han puesto en evidencia que las características ambientales y organizacionales pueden favorecer la aparición del maltrato psicológico en trabajo. Por ejemplo, se ha observado que las situaciones de maltrato psicológico son más frecuentes en organizaciones grandes y altamente burocratizadas (Einarsen, 2000; Topa et al., 2007), con una cultura organizacional desprovista de ética (Topa et al., 2006), así como en entornos laborales estresantes y competitivos (Salin, 2003b; Einarsen & Hauge, 2006). La inseguridad laboral (Björkqvist et al., 1994; Baron & Neumann, 1998; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al., 2008) o el tipo de institución pública o privada (Di Martino, Hoel & Cooper, 2003) también son variables que se han asociado con situaciones de hostigamiento, conforme se detalla a la continuación.

3.1. El entorno laboral como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico en el trabajo

En los últimos años, las organizaciones empresariales se han visto impulsadas a adecuarse a una nueva realidad económica (Baron & Neumann, 1998; Lee, 2000; Hirigoyen, 1999; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Gorrosa & Morante-Benadero, 2005). Con el objetivo de seguir siendo competitivas, las empresas se ven forzadas a cambios tecnológicos y organizacionales que a menudo incluyen reestructuraciones y reducciones de plantilla (Gil-

Monte et al., 2006; Hutchinson, Wilkes et al., 2010). Esta situación suele generar sobrecarga de trabajo (Yildirim, 2009; Simons & Mawn, 2010), incertidumbre e inseguridad laboral, o incluso desencadenar comportamientos de tipo micropolítico, donde el trabajador, a base de una hostilidad sostenida por parte de sus superiores, es inducido a dejar la organización (A. Yildirim & D. Yildirim, 2007). Tales comportamientos satisfacen a los intereses organizacionales, puesto que les eximen de las indemnizaciones justificadas por la dimisión del empleado (Salin, 2001). En este sentido, Ovejero (2006) señala que el contexto organizacional propicia, permite, facilita y hasta potencia la incidencia del acoso. En consonancia con los trabajos anteriormente citados, Topa et al. (2007) concluyeron que las características organizacionales son los mayores predictores de *mobbing*, sobreponiéndose incluso a los rasgos de personalidad que podrían presentar algunas de las víctimas de maltrato psicológico. Resultados semejantes fueron encontrados por Salin (2003b), Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Gorrosa y Morante-Benadero (2005), Boada et al. (2005), Rodríguez-Muñoz, Martínez, Moreno-Jiménez y Gálves (2006), Muñoz, Guerra, Baron y Munduate (2006), Topa et al. (2006), Hauge et al. (2009) y Katrinli et al. (2010).

De acuerdo con Einarsen y Hauge (2006), existen al menos tres perspectivas teóricas distintas para explicar las relaciones encontradas entre los factores del entorno laboral y el hostigamiento psicológico, todas ellas relacionadas con el estrés: 1) La hipótesis de la frustración-agresión, postula que los ambientes de trabajo altamente estresantes pueden inducir a las personas a comportamientos agresivos porque producen efectos negativos en los trabajadores; 2) Perspectiva del interaccionismo social, las situaciones estresantes pueden inducir indirectamente a la agresión a través de sus efectos sobre los comportamientos y reacciones de las víctimas. En este sentido, Zapf y Einarsen (2003) advirtieron que los comportamientos ansiosos, depresivos y obsesivos de los trabajadores estresados pueden ocasionar un entorno laboral desagradable, conduciendo así a una reacción negativa del grupo

de trabajo que puede culminar en intensos conflictos interpersonales y, consecuentemente, ocasionar situaciones de hostilidad sostenida. 3) Las personas estresadas pueden incumplir las expectativas en el ambiente laboral, trabajar de forma menos competitiva y eficiente molestando a otros compañeros, pudiendo provocar respuestas agresivas por parte de éstos.

Quizás las condiciones relacionadas con la política de trabajo no conduzcan por sí solas al hostigamiento psicológico, pero pueden actuar como un factor magnificador que lo predisponga. En este sentido, Salin (2003b) concluyó que aunque se evidenciara una correlación significativa entre la política organizacional y el hostigamiento, éste sigue siendo un proceso multicausal.

3.2. La inseguridad laboral como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico en el trabajo

Las evidencias sugieren que la inestabilidad laboral o la precariedad de los contratos es un factor que predispone al trabajador a padecer conductas de hostigamiento (Quinlan, 1999; Knorz & Zapf, 1996; Baron & Neumann, 1996, 1998; Ferrinho et al., 2003; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al., 2008). Así, de acuerdo con los resultados encontrados por Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Gorrosa & Morante-Benadero (2005), los contratos temporales se asocian al acoso psicológico debido a la inestabilidad laboral percibida, incrementando la indefensión del trabajador a todo tipo de abusos laborales: psicológicos, verbales y físicos. Estos resultados fueron refrendados en un estudio posterior, donde también se asoció la variable “inestabilidad laboral” con el aislamiento social de la víctima (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al., 2008). Sin embargo, parece ser que la estabilidad laboral no siempre actúa como factor protector frente al hostigamiento psicológico. En este sentido, Gil-Monte et al. (2006) observaron que los trabajadores que se percibían más hostigados eran también los más antiguos en la organización, en el puesto/servicio y los que

tenían contratos más estables. En esta misma línea, Sánchez-Uriz, Gamo, Godoy, Igual y Romero (2006) encontraron una mayor prevalencia de malestar psicológico en trabajadores con contratos fijos y en turno rotatorio, lo que atribuyeron a la rutina laboral y al anquilosamiento en el puesto de trabajo.

3.3. La influencia del tipo de empresa en la evolución del hostigamiento psicológico en el trabajo

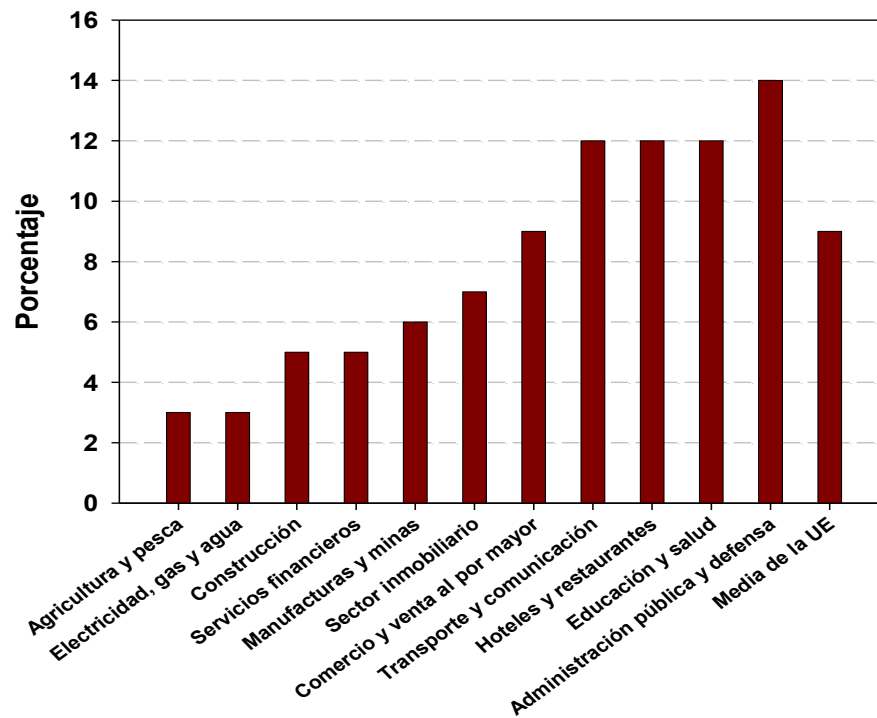
De acuerdo con la literatura, el tamaño y el tipo de empresa también podrían actuar como factor condicionante en la aparición de maltrato psicológico en el trabajo. En este sentido, Einarsen y Skogstad (1996), Ausfelder (2002) y Matthiesen y Einarsen (2007) encontraron que los empleados de las grandes empresas podrían ser más susceptibles al hostigamiento psicológico comparado con los trabajadores de empresas de menor tamaño. Este hecho se atribuiría a que, en las grandes empresas, las conductas hostiles estarían más solapadas y su reconocimiento más diluido por un mayor número de trabajadores, el eslabón jerárquico y por las desigualdades de poder. En cambio, las pequeñas empresas son más transparentes, puesto que están constituidas por un número reducido de personal, lo que hace más manifiestas las conductas hostiles. Además, el hostigador se vería más en evidencia, lo que de cierta forma podría frenar su comportamiento hostil.

Respecto al tipo de empresa, se observan controversias sobre las posibles implicaciones del sector público o privado en el desarrollo del *mobbing*. En este sentido, los trabajos conducidos por Einarsen y Skogstad (1996), Einarsen (2000) y Matthiesen y Einarsen (2007), encontraron una mayor prevalencia de hostigamiento en el sector privado. Resultados semejantes fueron encontrados por A. Yildirim y D. Yildirim (2007). No obstante, dichos autores advirtieron que su estudio estaba precedido por una remodelación en el sistema organizacional turco, con recortes de personal, aumento de las demandas laborales,

incremento del estrés e inseguridad laboral. La concepción de que el sector privado se caracterice por elevadas presiones internas, acentuada competitividad laboral y menor seguridad laboral vienen a corroborar estos datos (Salin, 2001).

Por otra parte, estudios realizados en diferentes países apuntan a una mayor tendencia de hostigamiento psicológico en los sectores públicos (Zapf et al., 2003). En este sentido, Di Martino et al. (2003), tras una revisión sistemática de la literatura, pone en evidencia que determinados sectores son más propensos a desencadenar situaciones de maltrato laboral, como es el caso de la administración pública o el sector de la salud (Figura 4). En esta misma línea, Salin (2001), Piñuel y Oñate (2006) y Moreno-Jiménez y Rodríguez-Muñoz (2006) constataron que la administración pública es el sector más afectado por el *mobbing*.

A semejanza del sector privado, la elevada prevalencia de hostigamiento en el sector público ha sido atribuida a la remodelación que sufría dicho sector previo a la realización de algunos de los estudios (Hoel & Cooper, 2000; Salin, 2001). Además, según puntualiza Salin (2001), la burocracia y las dificultades para demitir a los funcionarios públicos podrían incrementar la intimidación utilizándola como una estrategia micropolítica para eludir las reglas y forzar la salida del trabajador de la empresa.



Fuente: Di Martino et al., 2003

Figura 4. Incidencia del HPT por sectores en la Unión Europea

Por todo lo antedicho, podría considerarse que ciertas variables ganan fuerza en su asociación con el fenómeno del hostigamiento psicológico en el trabajo. A modo de resumen, en la Tabla 2 pueden observarse las relaciones expuestas anteriormente entre dichas variables y el hostigamiento.

Tabla 2. Posibles variables predictoras de hostigamiento psicológico en el trabajo

Variables		
Víctimas	Personalidad	Débil, pasiva
	Género	Mujer
	Edad	A partir de los 40 años
	Estatus jerárquico	Subordinado
	Minorías	Género, étnicas, religiosas
Hostigador	Género	Masculino
	Personalidad	Manipuladora, necesidad de poder
	Historia personal	Haber sido previamente hostigado Autoestima inestable
Organizacional	Entorno	Hostil, competitivo, sobrecarga laboral, conflictos de rol, ambigüedad laboral, conflictos interpersonales
	Inseguridad laboral	Contrato temporal
	Cultura organizacional	Permisiva, inescrupulosa, liderazgo autoritario
	Tipo de empresa	Grandes, pública o privada

4. Instrumentos de medida de hostigamiento psicológico en el trabajo

Dada la trascendencia de la problemática que envuelve las situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo, ha sido imprescindible la elaboración de instrumentos de medida y evaluación que delimitaran este fenómeno, un resumen de ello puede encontrarse en la Tabla 3.

Algunos de los instrumentos más conocidos son el LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror) de Leymann (1990) y el NAQ (Negative Acts Questionnaire) de Einarsen (Einarsen et al., 1994; Einarsen & Raknes, 1997; Hoel & Cooper, 2000).

El LIPT, en su versión original, estima la presencia de 45 conductas hostiles. Este instrumento ha sido revisado y analizado factorialmente por Niedl (1995) y Zapf et al. (1996)

que identifican una escala de 7 y 6 factores respectivamente obteniendo resultados muy similares con una elevada consistencia interna en cada uno de ellos.

En España, González de Rivera y Rodríguez-Abuín (2003) han realizado una adaptación del LIPT añadiéndole 15 conductas de acoso relativamente frecuentes en España y cambiando el tipo de respuesta, de dicotómica a una escala Likert de 5 puntos. A este nuevo instrumento lo denominaron Cuestionario de Estrategias de Acoso Psicológico (LIPT-60). Esta adaptación conserva los mismos criterios de frecuencia y temporalidad propuestos originalmente por Leymann para el hostigamiento y añade tres parámetros globales para la medida del maltrato psicológico: Número Total de Estrategias de Acoso (NEAP), Índice Global de Acoso (IGAP) e Índice Medio de Acoso (IMAP). De la solución factorial del LIPT-60 se extrajeron 14 factores pero sólo 6 coincidieron con las dimensiones señaladas en el acoso psicológico en el trabajo, además de explicar el 57.2% de la varianza (González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2005). Como todo cuestionario auto administrado, el LIPT-60 se presta a sesgos y distorsiones, aunque el análisis de la pauta de respuestas y de la coherencia interna entre las subescalas permite un cierto control en la veracidad de los datos reportados por el encuestado (González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2003).

Respecto al Negative Acts Questionnaire (NAQ), es un instrumento de medida muy utilizado en trabajos sobre el hostigamiento psicológico en los países de habla inglesa, desbancando incluso al LIPT (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Morante-Benadero, Garrosa, Rodríguez-Carvajal & Díaz-Gracia, 2008). Este cuestionario ha sido diseñado basándose en las informaciones recogidas de la bibliografía existente sobre *mobbing* y en las informaciones proporcionadas por víctimas de hostigamiento. La versión original noruega está constituida de 22 ítems y una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos de intensidad progresiva, donde los entrevistados respondían con qué frecuencia habían padecido comportamientos negativos en el trabajo. En su análisis factorial Einarsen y Raknes (1997)

encontraron cinco factores principales, una adecuada validez empírica (Tabla 3) y una consistencia interna que se ha mantenido en estudios posteriores (Matthiesen & Einarsen, 2001; Mikkelsen & Einarsen, 2001). Asimismo, este instrumento ha sido revisado por Einarsen y Hoel (2001), que tras un estudio a gran escala en el Reino Unido presentaron el NAQ-R. Constituido por 29 ítems y una escala de respuesta igual al del instrumento original, el NAQ-R presentó una α de Cronbach de .92. El análisis factorial de esta nueva versión del NAQ mostró dos factores principales a los que denominaron “Hostigamiento Personal” (maltrato al sujeto como persona) y “Hostigamiento Relacionado con el Trabajo/Tareas”. La estabilidad interna de estos factores fueron .87 y .81 respectivamente.

La versión española del NAQ-R ha sido desarrollada por García-Izquierdo et al. (2004) y denominada NAQ-RE. Esta versión alcanzó una consistencia interna de .91 (α de Cronbach), y una correlación ítem–escala entre .28 y .72. Constituido de 24 ítems y 5 escalas “criterio” para su baremación (Cinismo, Insatisfacción con la Supervisión, Angustia/Ansiedad y Agotamiento Emocional), los autores establecieron los siguientes puntos de corte: Para la suma total de los 24 ítems del NAQ-RE, la puntuación inferior a 29 puntos se descarta la existencia de *mobbing*; las puntuaciones entre 29 y 32 puntos indican nivel bajo de *mobbing*; entre 33-36 puntos, nivel medio; entre 37-41 puntos, nivel alto; y para puntuaciones por encima de 42, nivel muy alto de hostigamiento (Meseguer, Soler, Sáez & García, 2008). Los autores concluyeron que la escala NAQ-RE presentaba una elevada consistencia interna y una elevada correlación con diversas variables criterio que apuntaban a una adecuada validez externa.

En las distintas revisiones del NAQ, todos los ítems se describen como conductas sin hacer referencia al término acoso. Según algunos autores (Einarsen & Raknes, 1997; Einarsen & Hoel, 2001), la ventaja de utilizar listas con conductas es que el sujeto no necesita realizar un juicio previo si han sido víctimas o no de hostigamiento, por lo que podría considerarse

como un método más objetivo. No obstante, tras responder a estos ítems se introduce una definición de acoso donde la persona encuestada debe indicar si se consideran víctimas o no de hostigamiento de acuerdo con la definición dada.

El barómetro Cisneros (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) fue la primera herramienta que se utilizó en lengua española para evaluar la incidencia del acoso psicológico en España (Piñuel & Oñate, 2006; Fidalgo y Piñuel (2004). Esta herramienta fue desarrollada con el objetivo de evaluar no sólo el *mobbing* en el entorno laboral de las organizaciones sino también la violencia, sus consecuencias y daños sobre la salud laboral. El barómetro Cisneros está constituido por 43 ítems, una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 6 puntos y una estructura bidimensional que permite un orden a lo largo de dos diferentes dimensiones (Ámbito de la Conducta de Acoso- 22 ítems- y Tipo de Conducta de Acoso- 21 ítems) (Piñuel & Oñate, 2006). Validado por Fidalgo y Piñuel (2004), el Barómetro Cisneros presenta una elevada fiabilidad (α de Cronbach .96) para evaluar las conductas de hostigamiento psicológico en el trabajo. Sobre la validez de criterio, muestran correlaciones significativas con el estrés postraumático (.48), la depresión (.29), la intención de abandono (.39) y con las dimensiones de agotamiento emocional (.38) y despersonalización (.28) del *burnout*.

El Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo-Revisado (HPT-R), desarrollado por Fornés (2005) y validado al principio sobre un grupo de profesionales heterogéneo (Fornés, Reinés & Sureda, 2004) y posteriormente en personal de enfermería (Fornés et al., 2008a). El HPT-R tiene como objetivo evaluar conductas de hostigamiento estrictamente de tipo psicológico excluyendo el maltrato físico y el acoso sexual. Compuesto de 35 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 5 puntos de intensidad progresiva, además de tres preguntas dicotómicas finales que permiten evaluar el hostigamiento desde otras perspectivas (criterio de Leymann, percepción personal de acoso y testigo de acoso), el

HPT-R ha presentado una solución factorial bastante similar tanto en número como en contenido (exceptuando los ítems referidos a violencia física y sexual) a la encontrada por Niedl (1995) y Zapf et al. (1996) con el cuestionario de Leymann (1990). Así, el HPT-R presentó un α de Cronbach .96 para la escala general y de .83 a .92 para cada uno de los factores (Humillación y Rechazo Personal, Desprestigio Profesional, Rechazo Profesional y Violación de la Intimidad, Degradación Profesional, Ninguneo-Aislamiento Profesional).

Otro instrumento validado recientemente para evaluar el hostigamiento psicológico, específicamente en población de lengua española, ha sido el CAPT (Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo) desarrollado Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz et al. (2008). Este cuestionario consta de 23 ítems y una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La elaboración de las cuestiones relativas a las conductas de acoso se fundamentó en la revisión de diferentes instrumentos de evaluación existentes sobre el maltrato psicológico en el trabajo, así como en entrevistas con trabajadores del sector de transportes de la Comunidad de Madrid, en un intento de detectar nuevos indicadores del acoso psicológico. El análisis factorial muestra una estructura de tres factores correlacionados entre sí que explican un 72.6% de la varianza total y un índice de consistencia interna global medidos a través del α de Cronbach de .94, lo que confiere fiabilidad psicométrica al instrumento.

Tabla 3. *Instrumentos de medida para la evaluación del hostigamiento psicológico en el trabajo*

Autores	Instrumento	Ítems	Criterio de Leymann	Análisis factorial	Dimensiones	Ítems	% Varianza explicada	α
Leymann (1990)	LIPT	45	Sí	-	-Formas de Comunicación -Aislamiento -Desacreditación Profesional y Laboral -Amenazas con violencia física	- - - -	- - - -	- - - -
Niedl (1995)	LIPT	45	Sí	Sí	-Ataques a la Integridad Personal -Aislamiento -Crítica Directa e Indirecta -Sanciones a través de Ciertas Tareas -Amenazas -Acoso Sexual -Ataques a la Vida Privada	13 11 5 5 3 3 4	36.50 8.60 4.80 4.50 4 3.40 2.90	.93 .91 .83 .81 .63 .71 .71
Zapf et al. (1996)	LIPT	45	Sí	Sí	-Ataques a través de Medidas Organizativas -Aislamiento Social de la Víctima -Ataques a la Vida Privada -Violencia Física -Ataques a Creencias y Valores de la Víctima -Agresiones Verbales -Divulgación de Rumores	11 6 7 6 3 3 2	- - - - - - -	.86 .83 .75 .69 .63 .66 .65

Tabla 3 (continuación)

Autores	Instrumento	Ítems	Criterio de Leymann	Análisis factorial	Dimensiones	Ítems	% Varianza explicada	α
Einarsen & Raksen (1997)	NAQ	22	Sí	Sí	-Humillación o Desprecio hacia la Persona	10	31.7	.85
					-Hostigamiento Relacionado con el Trabajo	3		.57
					-Aislamiento Social	3		.33
					-Control social	2		-
					-Abuso Físico	1		-
Einarsen & Hoel (2001)	NAQ-R	29	Sí		-Hostigamiento a la Vida Privada y Personal	12		.87
					-Hostigamiento Relacionado con el Trabajo/Tarea	8		.81
Fidalgo & Piñuel (2004)	Barómetro Cisneros	43	Sí	-	-Ámbito de la Conducta de Acoso	22		.97
					-Tipo de Conducta de Acoso	21		
García-Izquierdo et al. (2004)	NAQ-RE	24	Sí	Sí	-Acoso personal	8	30.98	.89-
					-Acoso Centrado en el Rendimiento del Trabajo	5	7.19	
					-Acoso por Razones de Edad y Género	5	6.48	
					-Acoso Organizativo	3	5.11	
					-Otras Formas de Acoso	3	4.76	
					-Desprestigio Personal	7	0.85	.84

Tabla 3 (continuación)

Autores	Instrumento	Ítems	Criterio de Leymann	Análisis factorial	Dimensiones	Ítems	% Varianza explicada	α
González de Rivera & Rodríguez-Abuín (2005)	LIPT-60	60	Sí	Sí	-Desprestigio Laboral	14	0.90	.94
					-Entorpecimiento del Proceso	7	0.89	.88
					-Bloqueo de la Comunicación	9	0.88	.92
					-Intimidación Encubierta o Indirecta	7	0.83	.83
					-Desprestigio Personal	7	0.85	.84
Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz et al. (2008)	CAPT	23	Sí	Sí	-Acoso	15	50.08	.94
					-Factores Organizacionales	5	16.71	.85
					-Informaciones y Actuaciones ante el acoso moral	3	5.82	.80
Fornés et al. (2008a)	HPT-R	35	Sí	Sí	-Humillación y Rechazo Personal	12	39.30	.92
					-Desprestigio Profesional	10	3.80	.89
					-Rechazo Profesional y Violación de la Intimidad	7	2.60	.84
					-Degradación Profesional	4	2.50	.80
					-Ninguneo-Aislamiento Profesional	5	2.30	.83

*Todos los instrumentos citados siguen los criterios de frecuencia y temporalidad propuestos por Leymann (1990), aunque se puedan observar otros criterios de medidas adicionales

5. Prevalencia del hostigamiento psicológico en el entorno laboral

Las elevadas prevalencias encontradas en la literatura ponen en evidencia que el hostigamiento psicológico en el lugar de trabajo no es un fenómeno marginal. No obstante, se constata que los datos varían ostensiblemente de un país a otro, e incluso dentro de cada país se observan variaciones importantes en las tasas de incidencia de hostigamiento psicológico entre los diferentes sectores laborales (Tabla 4). En este sentido, Niedl (1996) encontró que el 26.2% del personal sanitario austriaco se percibió hostigado, mientras que Quine (1999) y Ferrinho et al. (2003), observaron prevalencias considerablemente más elevadas en el Sistema Nacional de Salud (NHS) inglés (38%) y el portugués (43%), respectivamente. Rayner (1997) también constató una elevada prevalencia (53%) en una muestra de estudiantes que compaginaban su vida académica con la vida laboral en Reino Unido. Sin embargo, la literatura pone en evidencia prevalencias en torno al 8% en Noruega (Matthiesen & Einarsen, 2007), 10.6% en Gran Bretaña (Einarsen, Hoel & Notelaers, 2009) o el 1.0% en Dinamarca (Agervold, 2007).

El estudio realizado por Salin (2001) con profesionales del mundo de los negocios en Finlandia muestra que la prevalencia cambia considerablemente según el criterio de medida utilizado. Así, los participantes relataron una percepción subjetiva del 1.6%, basándose en la definición de *mobbing* propuesta por la autora. Sin embargo, utilizando una versión modificada del NAQ, el 24.1% relataron haber experimentado diferentes conductas hostiles semanalmente en los últimos 12 meses.

En España, también se observaron discrepancias en la percepción de hostigamiento psicológico reportadas por los trabajadores. De esta manera, Fornés et al. (2008b) constataron que el 17.2% de los enfermeros de Baleares se percibían hostigados. Datos semejantes fueron observados por Gil-Monte et al. (2006) en trabajadores de centros de atención a personas discapacitadas de la comunidad Valenciana (18.9%). En esta línea, Moreno-Jiménez,

Rodríguez-Muñoz, Salin et al. (2008) encontraron que el 26% de los trabajadores del sector de transporte de la Comunidad de Madrid se percibían víctimas de maltrato psicológico. No obstante, las prevalencias de hostigamiento encontradas por Escartín, Rodríguez-Cardalleira, Zapf, Porrúa y Martín-Peña (2009) y Justicia et al. (2006) descienden al 10.0% y 9.3%, respectivamente, en trabajadores españoles. Rodríguez-Muñoz et al. (2006), también en España, encuentran cifras aún más bajas (4.3%) en profesionales que desarrollan su actividad en el sector del cartón ondulado.

En el ámbito europeo, Zapf et al. (2003), tras una revisión de varios estudios publicados (31 estudios europeos) entre 1989 y 2001, concluyeron que la prevalencia del acoso con un criterio restrictivo (por lo menos una vez por semana y durante al menos 6 meses) varía entre un 1.0% y un 4.0%. Quizás la variabilidad de los datos encontrados en torno a la prevalencia de hostigamiento psicológico se deba al tipo de instrumento utilizado, como señala Salin (2001), o al amplio rango de comportamientos tolerados (Topa et al., 2007). Asimismo, Agervold (2007) concluye que las discrepancias en las prevalencias encontradas en los diferentes estudios suelen estar influenciadas, entre otras variables, por las diferencias culturales, el tipo de organización y los diferentes estatus sociales. Por otro lado, Nielsen et al. (2009) recuerdan que el mercado laboral ha sufrido cambios importantes en los últimos 20 años, por lo que es razonable que los estudios realizados en la década de 1990 no sean representativos en la actualidad.

Tabla 4. *Variabilidad de la incidencia del mobbing (y términos afines) en estudios realizados en diferentes países*

País	Autor	Muestra	N	Intervalo de tiempo	Prevalencia
Austria	Niedl, 1995	Sanidad	368	12 meses	26.0%
Dinamarca	Mikkelsen & Einarsen, 2002b	Empresa manufacturera	224	6 meses	8.0%
	Hogh, Carneiro et al., 2011	Inmigrantes en el sector de la salud	5.635	12 meses	9.1%
Finlandia	Vartia & Hyyti, 2002	Empleados de prisión	896	6 meses	20.0%
	Kivimäki et al., 2000	Empleados de hospital	5655	Vida laboral	5.3%
	Salin, 2003	Profesionales de negocios	377	12 meses	8.8%
Noruega	Nielsen et al., 2009	Trabajadores noruegos	2539	6 meses	Entre el 4.5% y el 14.3%
España	Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al., 2008	Sector de transporte y comunicación	103	12 meses	26.0%
	Fornés et al., 2008b	Enfermería	464	2 años	17.2%
	Escartín et al., 2009	Trabajadores españoles	300	6 meses	10.0%
Reino Unido	Quine, 2009	Médicos	594	12 meses	37.0%
	Einarsen et al., 2009	Trabajadores británicos	386	6 meses	15.4%
Turquía	Efe & Ayaz, 2010	Enfermería	206	Indefinido	Entre el 9.7% y el 33.0%
	Yildirim, 2009	Enfermería	286	12 meses	21.0%

Tabla 4 (continuación)

País	Autor	Muestra	N	Intervalo de tiempo	Prevalencia
Sudáfrica	Steinmann, 2003	Sanidad	1.014	12 meses	20.4%
Brasil	Barbosa et al., 2011	Enfermería	161	12 meses	1.0% - 19.0%
E.E.U.U.	Namie & Lutgen-Sandvik, 2010	Trabajadores estadounidenses	6.263	12 meses	12.6%

6. Los testigos de hostigamiento psicológico en el entorno laboral

De acuerdo con el trabajo realizado por Agervold (2007), la presencia de testigos u observadores es lo más cercano que se podría llegar a una aproximación objetiva sobre la frecuencia del hostigamiento psicológico en el trabajo. No obstante, este autor advierte que la información reportada por los testigos ganaría una mayor veracidad si la persona en cuestión no se percibiera hostigada, de lo contrario su relato podría ser considerado como parcial, influenciado por su condición de víctima. Sin embargo, aunque resulte difícil evaluar la validez de dichas informaciones, se ha constatado en la literatura revisada que los observadores del hostigamiento psicológico en el trabajo alcanzan elevadas prevalencias (Hoel & Cooper, 2000; Anderson, 2002; Lewis, 2006; Quine, 1999, 2001, 2009; Nielsen et al., 2009; Escartín et al., 2009; Lindy & Schaefer, 2010; Simons & Mawn, 2010), lo que corroboraría la teoría de que el *mobbing* es un fenómeno socializado (Vessey et al., 2009; Hutchinson, Wilkes et al., 2010; Katrinli et al., 2010).

Pese a las prevalencias encontradas en la literatura, las evidencias sugieren que los testigos son reticentes a enfrentarse a los agresores (G. Namie & R. Namie, 2009). Por miedo a convertirse en una nueva víctima de los comportamientos hostiles (Lewis, 2006) o por sentirse intimidados ante las conductas observadas (Namie & Lutgen-Sandvik, 2010), las personas podrían no sólo justificar el comportamiento observado sino también convertirse en cómplices de la hostilidad (Vessey et al., 2009; Hutchinson, Wilkes et al., 2010). En este sentido, algunos trabajos advierten que, cuando los individuos están socializados en ambientes hostiles, las conductas agresivas pueden ser percibidas como un comportamiento natural, fruto de la competitividad laboral, no requiriendo así una intervención por parte de quienes las observan (Hutchinson, Wilkes et al., 2010; Katrinli et al., 2010).

Sin embargo, las evidencias indican que los testigos también se ven indirectamente afectados por las conductas observadas, una vez que el hostigamiento provoca un daño

acumulativo sobre quienes lo sufren (Hutchinson, Vickers et al., 2010). Así, Wilson, Diedrich, Phelps y Choi (2011) encontraron que las personas que habían testificado situaciones de hostigamiento psicológico eran más propensas a abandonar sus trabajos. Corroborando los trabajos anteriormente citados, Vartia (2001) demostró que los testigos de hostigamiento psicológico presentaban significativamente más estrés físico y mental que aquellos trabajadores que no lo testificaban.

7. Consecuencias del hostigamiento psicológico en el trabajo

En cuanto a las consecuencias del acoso psicológico, la literatura pone de manifiesto el serio impacto negativo de este fenómeno en el bienestar físico y psíquico de las víctimas (Topa et al., 2006).

Indudablemente, las consecuencias del acoso laboral se han convertido en un tema de gran interés público que ha conducido a un creciente número de investigaciones (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz et al., 2008) en diferentes países. La mayoría de esos trabajos constatan que las situaciones de hostilidad interpersonal sostenidas pueden influir de forma negativa sobre la confianza personal y en el bienestar de los afectados, derivando en graves consecuencias para la salud física y mental de las personas, tales como: síntomas psicósomáticos (Einarsen & Raknes, 1997; Hoel & Cooper, 2000; Vartia, 2001; Hirigoyen, 2001), estrés postraumático (Björkqvist et al., 1994; Leymann & Gustafsson, 1996; Mikkelsen & Einarsen, 2002a; Topa et al., 2006; Chen, Hwu, Kung, Chiu & Wang, 2008), y tentativas de suicidio (Einarsen, 2000; Hirigoyen, 2001; Novaes, 2003; Justicia et al., 2006; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007). Además, las secuelas psicológicas provocadas por la situación de maltrato psicológico pueden llevar a la inhabilitación profesional de la persona debido a su dificultad para reincorporarse al mundo laboral (Leymann, 1996; García-Izquierdo et al., 2006).

No obstante, Einarsen y Mikkelsen (2003) concluyeron que aunque las investigaciones previas presentasen una clara relación entre el hostigamiento psicológico en el trabajo y la disminución del estado de bienestar, la evidencia empírica que respalda dicha relación es escasa.

La situación de maltrato, cuando es insostenible, desencadena una serie de consecuencias que tienen una estrecha similitud con los síntomas del *burnout*, según su definición teórica y sintomatológica (Maslach, 1982). De hecho, podríamos decir que el hostigamiento podría actuar como un predecesor del *burnout* o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) (Einarsen, Matthiesen & Skogstad, 1998; Topa et al., 2006), y que ambas situaciones necesitan como paso previo una situación de estrés intenso.

El SQT se caracteriza por ser una respuesta al estrés laboral crónico (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés & Fernández, 2003; Hernández-Zamora, Olmedo & Ibáñez, 2004; Moreno-Jiménez, Morett et al., 2006; Jenaro-Río, Flores-Robaina & González-Gil, 2007; Gil-Monte, 2007) presentando una elevada incidencia en los profesionales del sector de servicio que trabajan de cara a la gente (Gil-Monte, 2007). El SQT aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona afectada para manejar el estrés laboral (por ejemplo: afrontamiento activo, evitación...) y funciona como una variable mediadora entre la percepción de una fuente de estrés laboral y sus consecuencias. Por lo tanto, si los niveles de estrés se mantienen altos durante largos periodos de tiempo, tendrán consecuencias nocivas para la salud de los trabajadores (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlceras, insomnio, mareos, etc.) y para la organización (deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.) (Gil-Monte, 2007).

8. Estilos atributivos y hostigamiento psicológico en el trabajo

De acuerdo con la teoría de la atribución propuesta por Weiner (2000), las personas necesitan realizar explicaciones causales sobre los acontecimientos significativos e inesperados con el fin de tener un control sobre ellos. La necesidad de explicaciones causales surge, sobre todo, si ocurren acontecimientos traumáticos, como por ejemplo una situación de hostigamiento psicológico. Weiner señala tres dimensiones respecto a las atribuciones: el lugar de causalidad, la estabilidad y la controlabilidad.

La dimensión causal de lugar hace referencia a la ubicación donde se sitúa la responsabilidad de la conducta o acontecimiento, que puede ser de origen interna (la propia persona) o externa (el ambiente, las circunstancias). Por otra parte, la estabilidad alude al carácter temporal o duradero de los factores causales, que pueden ser estables o inestables, mientras que la controlabilidad hace referencia a la influencia de la evaluación del logro, que puede ser de tipo controlable o incontrolable.

Sin embargo, el referido autor puntualiza que las explicaciones o atribuciones realizadas por las personas suelen estar influenciadas por las experiencias personales de cada uno. Así, en situaciones de éxito, las personas con alto motivo de logro tienden a realizar atribuciones causales internas y estables, favoreciendo sus niveles de autoestima, por otra parte, el fracaso lo atribuyen a factores externos e inestables.

En el caso de hostigamiento psicológico, donde los sentimientos de impotencia y vulnerabilidad suelen ser habituales, es más probable que las víctimas atribuyan su situación a causas externas a ellas. En este sentido, Björkqvist et al. (1994) y Zapf (1999) señalaron que las víctimas de *mobbing* atribuían la culpa del proceso de estigmatización tanto a acosadores como a factores organizacionales más que a sí mismos. Corroborando con los resultados anteriormente citados, Vessey et al. (2009) y Katrinli et al. (2010) pusieron en evidencia que la necesidad de poder por parte de los acosadores era el factor principal que las

víctimas encontraban para justificar su situación. No obstante, las atribuciones internas también se han visto reflejadas en la literatura, aunque indirectamente, puesto que muchas víctimas atribuyen la progresión del conflicto a su inhabilidad o impotencia para frenar dicha situación (Sofield & Salmond, 2003; Efe & Ayaz, 2010; Lindy & Schaefer, 2010).

Por otra parte, el hostigamiento psicológico en el trabajo cumpliría los criterios de estabilidad e incontrolabilidad conforme las dimensiones establecidas por Weiner (2000), puesto que las conductas hostiles suelen ser reiteradas (Zapf & Gross, 2001) y, en la mayoría de los casos, sobrepasan la capacidad de control de la víctima. Esta situación tiene, habitualmente, el respaldo indirecto de la institución (Efe & Ayaz, 2010; Namie & Lutgen-Sandvik, 2010; Pai & Lee, 2011) y de los compañeros de trabajo (Hutchinson, Wilkes et al., 2010).

9. El afrontamiento del hostigamiento psicológico en el trabajo

Considerado como un proceso dinámico, el afrontamiento se podría definir como un conjunto de respuestas de una persona ante una situación estresante, cuyo objetivo es el de manejar y/o controlar dicha situación. Es decir, son intentos de una persona de resistir y superar demandas excesivas del entorno, sea personal o laboral, y restablecer el equilibrio, adaptándose a la nueva situación (Rodríguez-Marín, 1995; Hernández-Zamora et al., 2004).

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.” Según estos autores, la forma de afrontar una situación límite depende básicamente de los factores personales y situacionales. Los factores personales incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y hábitos de comportamientos. Entre los cognitivos destacan las creencias y el compromiso. Ambos son

de gran importancia a la hora de evaluar una situación de hostigamiento y de mantener el control personal del individuo (locus de control interno).

Las creencias implican siempre la interiorización de valores, nociones e imágenes sobre la naturaleza del universo. Son esencialmente intangibles y al igual que los valores forman parte de nuestras actitudes (Miguel & Novel, 1991). En el análisis de una situación estresante o de hostigamiento, las creencias pueden suponer un factor importante sobre el control personal, sobre cómo actuar y manejar el conflicto, es decir, las creencias de una persona sobre su capacidad de control o dominio sobre el entorno son cruciales para evaluar la complejidad del peligro u hostilidad de dicho entorno así como para elegir los mecanismos que pondrá en marcha la persona en cuestión para afrontarlo.

Las creencias, también tienen una relación directa con la teoría de la atribución donde la persona busca entender y dar sentido a la hostilidad o maltrato al que están siendo sometida. Tales atribuciones causales influyen sobre otros procesos psicológicos como la emoción, la motivación y naturalmente sobre el comportamiento (Lazarus & Folkman, 1986). En cuanto al comportamiento o forma de afrontamiento, éste puede variar conforme al tipo de estresor y a la situación de maltrato percibida (Healy & McKay, 2000; Zapf & Gross, 2001).

Por otro lado, el compromiso refleja los valores de la persona, es decir, lo que considera deseable (Rodríguez-Marín, 1995). En este sentido, el compromiso es un elemento cognitivo que se caracteriza por una mayor tendencia a que las personas se comprometan en todas las actividades de la vida, llevándolas a una mayor identificación con el trabajo. Esta identificación conduciría a un mayor reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal para tomar decisiones y mantener los valores. Las personas más comprometidas o implicadas poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000), lo que podría contrarrestar algunos de los efectos negativos causados por el

hostigamiento psicológico (Aquino, 2000). Sin embargo, esta postura supuestamente ventajosa de una persona más comprometida también podría convertirse en su contra, una vez que su actitud podría molestar a los líderes negativos, iniciando un escalonamiento de conductas agresivas con el objetivo de doblegar a la víctima (Leymann, 1996; Vessey et al., 2009; Hutchinson, Vickers et al., 2010).

9.1. La teoría de la personalidad y su relación con las estrategias de afrontamiento frente al hostigamiento psicológico en el trabajo

Según la perspectiva social, la relación entre los rasgos de personalidad y el uso de determinada estrategia de afrontamiento depende del patrón de conducta de cada uno (Rodríguez-Marín, 1995), es decir que suelen a ser complejas e idiosincráticas (Hoel, Einarsen & Cooper, 2003). Uno de los constructos más conocidos de esta variable es la personalidad positiva o personalidad resistente, también conocida como *Hardiness* (Kobasa, 1979).

Según Kobasa, las personas con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes, dado que presentan características peculiares como: Sentimiento de control personal (semejante al locus de control interno), sentimiento de implicación con los sucesos, las actividades y otras personas de nuestro entorno, y sentimiento de desafío. Es decir, lo que podría ser interpretado como un desafío por las personas de personalidad resistente, podría ser, por otra parte, interpretado como una amenaza para los que tienen un patrón de conducta más débil. En este sentido, Quine (1999) postula que la personalidad resistente puede actuar como un factor amortiguador frente a los efectos dañosos del *mobbing*. Peñacoba y Moreno-Jiménez (1998), señalaron que las personas con personalidad resistente son más propensas a percibir los estímulos estresantes como positivos y controlables utilizando, generalmente, estrategias de

afrontamiento más adaptativas. Moreno-Jiménez et al. (2000) constataron que los mecanismos de personalidad resistente pueden preservar la salud, aumentar el desempeño y promover modificaciones del entorno en su propio beneficio. Asimismo, estos autores asociaron la personalidad resistente tanto a estrategias de afrontamiento adaptativas como a la inhibición de estrategias poco adaptativas de tipo evitativo.

No obstante, la personalidad resistente también podría actuar como un factor predisponente para que una persona sea sometida a conductas agresivas por parte de los demás, en un intento de doblegar su seguridad y competencia (Aquino, 2000). Por otra parte, algunos trabajos advierten la necesidad de estudios longitudinales de naturaleza experimental para una mayor validez del concepto “*hardiness*” (Peñacoba & Moreno-Jiménez, 1998; Moreno-Jiménez et al., 2000; Moreno-Jiménez, Morante-Benadero, Rodríguez-Carvajal & Rodríguez-Muñoz, 2008).

9.2. Tipos de afrontamiento frente a las situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Desde esta perspectiva, Hernández-Zamora et al. (2004) señalaron las siguientes estrategias generales para afrontar el estrés: 1) el afrontamiento directo: acción aplicada directamente a la fuente de estrés para intentar dominar la transacción estresante con el ambiente; 2) el afrontamiento indirecto o acción paliativa: estrategia aplicada a las propias emociones, en la que la persona intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el entorno o cuando la acción es demasiado costosa; 3) el afrontamiento activo: implica una confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés

o a sí mismo; 4) el afrontamiento inactivo: sería la evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos. La combinación de dichas estrategias de afrontamiento generarían cuatro estrategias más: 1) el afrontamiento activo/directo que supondría cambiar la fuente de estrés o confrontación con la persona que causa el estrés; 2) el afrontamiento directo/inactivo cuyo propósito sería el de ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante; 3) el afrontamiento indirecto/activo que sería la búsqueda de ayuda o apoyo de otras personas; y 4) el afrontamiento indirecto/inactivo que sería lo mismo que hundirse, buscando refugio en las drogas, alcohol, etc. (Figura 5).

Las estrategias de afrontamiento anteriormente citadas suelen estar comúnmente asociadas a las situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo, aunque su orden no es estático y varía con la percepción de daño de cada persona (Yildirim, 2009) y con las diferentes etapas del conflicto (Zapf & Gross, 2001; Castellón, 2011).

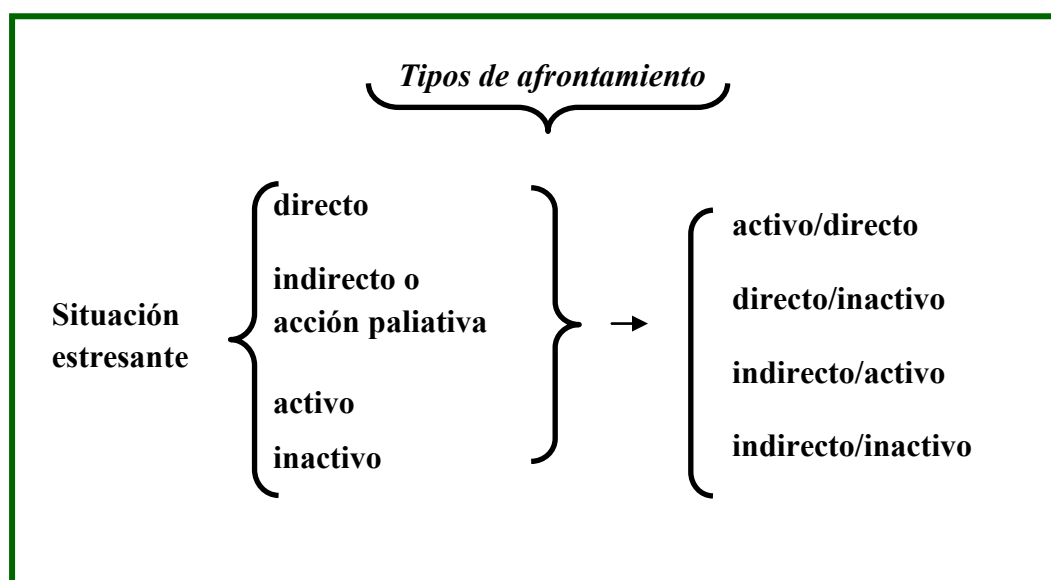
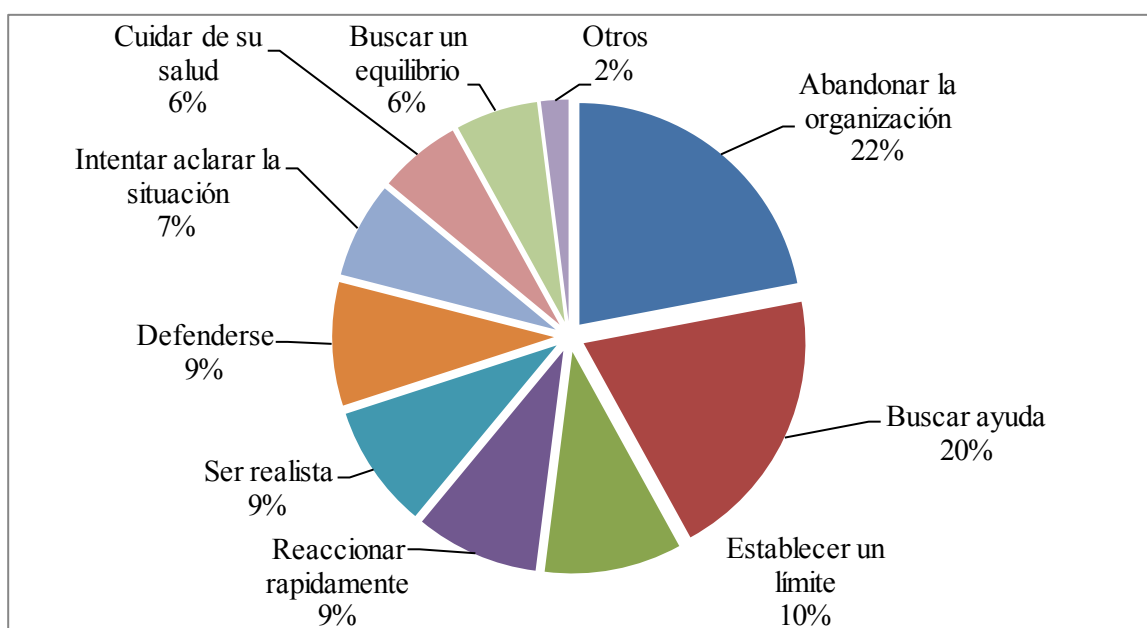


Figura 5. Estrategias generales de afrontamiento frente a una situación de estrés según Hernández-Zamora et al. (2004)

Zapf y Gross (2001), en un estudio realizado con de víctimas de *mobbing*, concluyeron que las estrategias de afrontamiento activas resultarían útiles en situaciones de alto control y no en situaciones de bajo control, donde el desequilibrio de poder es inversamente proporcional a la progresión de los ataques. De hecho, estos autores observaron que las víctimas de hostigamiento psicológico primero intentaban, de una manera activa y constructiva, solucionar el problema, sin embargo, al ver que sus esfuerzos no conducían a nada, la mayoría de los afectados acababan por desistir de luchar eligiendo como la mejor solución la evitación del problema. El estudio en cuestión también puso de manifiesto que la mayor parte de las víctimas aconsejaban a las personas que sufrían una situación similar, abandonar la institución (Figura 6).



Fuente: Zapf & Gross (2001)

Figura 6. Sugerencias de estrategias de afrontamiento reportados por víctimas de hostigamiento psicológico

En consonancia con el trabajo anteriormente citado, Jenaro-Río et al. (2007) pusieron en evidencia que la mayoría de los encuestados escogía estrategias de afrontamiento centradas

en el problema, también denominadas estrategias positivas: Crecimiento Personal, Reinterpretación Positiva, Búsqueda de Apoyo Social, Afrontamiento Activo e Intento de Solucionar la Situación. Sin embargo, ante una situación percibida como inmodificable, la persona podría poner en marcha estrategias liberadoras de emoción que cumplen un papel adaptativo, pues le permite “sobrevivir” en dicho trabajo. Por otra parte, Aquino (2000) concluyó que las estrategias de afrontamiento más tolerantes estaban relacionadas con una percepción indirecta de acoso, mientras que el escape fue positivamente asociado con la percepción directa de *mobbing*. Según añade este autor, el uso de dichas estrategias se exagera aún más cuando hay diferencias de poder. Así, la literatura pone en evidencia que las víctimas, al verse atrapadas en una situación de conflicto, se vuelven pasivas ante las conductas hostiles perpetradas hacia ellas (Sofield & Salmond, 2003; Lindy & Schaefer, 2010; Efe & Ayaz, 2010), eligiendo, en última instancia, abandonar la organización (Vessey et al., 2009; Simons & Mawn, 2010; Hogh, Hoel et al., 2011). En este sentido, Hutchinson, Wilkes et al. (2010) encontraron que muchas víctimas llegan a interrumpir sus carreras profesionales a causa del hostigamiento.

10. El apoyo social como modulador del hostigamiento psicológico

El clima de apoyo social se caracteriza, entre otras cosas, por el compromiso entre los compañeros y las buenas relaciones interpersonales (Muñoz et al., 2006), por lo tanto, actúa como un recurso de afrontamiento en las situaciones de conflicto (Eriksen & Einarsen, 2004), reduciendo los efectos del estrés y redundando en una mejor calidad de vida de los trabajadores (Martín-Arribas et al., 2006).

La presencia o no de un clima de apoyo social es una de las pocas variables relacionadas con el *mobbing* que no genera controversias. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que un ambiente con escaso apoyo social está relacionado con la práctica de conductas

hostiles (Vartia, 1996; Einarsen, 2000; Coyne et al., 2000; Zapf & Gross, 2001; Vartia & Hyyti, 2002; Hansen et al., 2006; Justicia et al., 2006; Hogh, Hoel et al., 2011), mientras que cuando dicho apoyo existe o es percibido, mejora la interacción con los demás y disminuye la incidencia de prácticas abusivas y degradantes en el lugar de trabajo. También se ha constatado que el apoyo social amortigua el impacto negativo causado por la exposición al maltrato psicológico (Zapf et al., 1996; Quine, 1999; Einarsen & Hauge, 2006; Muñoz et al., 2006; Castellón, 2011) y modula la relación existente entre el estrés y el bienestar físico y/o psicológico de las personas (Manassero et al., 2003; Oblitas, Martínez & Palmero, 2008). De acuerdo con Eriksen y Einarsen (2004), si en el ambiente laboral prevalece un clima de frustración y agresividad asociado a una carencia de apoyo social, aumentan las probabilidades de que las personas consideradas más débiles sean víctimas de actitudes hostiles, puesto que la carencia de apoyo social incrementa el sentimiento de indefensión y vulnerabilidad frente al escalonamiento del conflicto laboral así como sus consecuencias (Zapf & Gross, 2001; Mikkelsen & Einarsen, 2002b). Por lo tanto, la mera percepción de una disponibilidad de apoyo sería suficiente para paliar los efectos negativos producidos por la experiencia negativa del maltrato laboral sobre la salud de los afectados (Peiró, 2001; Oblitas et al., 2008).

Schat y Kelloway (2003) analizaron el papel amortiguador de dos tipos diferentes de apoyo social: apoyo informativo (a la persona se le informa sobre sus derechos y sobre las distintas alternativas de tratar el conflicto) y el apoyo instrumental (ayuda directa a las víctimas). Estos autores constataron que el apoyo instrumental moderaba los efectos del maltrato psicológico en la salud somática del trabajador, así como el miedo a los futuros actos de agresión, el bienestar emocional y el compromiso con la organización. El apoyo informativo sólo mediaba el bienestar emocional y presentaba correlaciones significativas con la violencia, pero no con las consecuencias, mientras que el apoyo instrumental se

asociaba con las consecuencias pero no con la violencia. Estos autores también analizaron el papel mediador del control percibido y el apoyo social comparando los resultados entre un grupo de personas que habían recibido formación específica sobre control y apoyo y un grupo que no había recibido formación alguna. Los resultados evidenciaron que tanto el control como el apoyo reducen las consecuencias negativas del *mobbing*, lo que les llevó a considerar que la formación específica era muy eficaz para afrontar este problema (Schat y Kelloway, 2000, 2003). No obstante, el apoyo social es aún una asignatura pendiente en muchas organizaciones, sea por la falta de preparación de los directivos y/o supervisores para solucionar el conflicto (Salin, 2006; Vessey et al., 2009; Hutchinson, Vickers et al., 2010), o por el miedo de los compañeros u observadores a convertirse en nuevas víctimas de maltrato (Hoel & Cooper, 2000; Novaes, 2003; Lewis, 2006; Vessey et al., 2009) o incluso por falta de información (Salin, 2006). Así, los testigos de hostigamiento psicológico no se involucran en la resolución del conflicto, aumentando con ello la vulnerabilidad de la persona sojuzgada (Neuman & Baron, 2003; González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2006; Lewis, 2006). En este sentido, los trabajos realizados por Salin (2006) y Pai y Lee (2011) evidenciaron que las víctimas de hostigamiento se sentían decepcionadas con el apoyo recibido por sus supervisores y por la organización. En consonancia con los trabajos anteriormente citados, Hutchinson, Wilkes et al. (2010) concluyeron que no sólo las denuncias de acoso son trivializadas sino que en muchos casos los hostigadores no reciben sanciones efectivas por sus conductas, al contrario, pueden incluso ser recompensados con promociones o con un trato privilegiado por parte del entorno. Corroborando el trabajo anteriormente citado, Efe y Ayaz (2010) pusieron en evidencia que el 24.0% de las víctimas de hostigamiento creían que nada podría ser hecho para solucionar el conflicto, dada la falta de apoyo percibido. Asimismo, según estos autores, las víctimas creían que los hostigadores no eran castigados por su comportamiento y que afrontar la situación de acoso empeoraba la situación a la que

estaban siendo sometidas. Por otra parte, Namie y Lutgen-Sandvick (2010) concluyeron que el hostigamiento psicológico perpetrado en el lugar de trabajo tiene un carácter comunitario que envuelve perpetradores, víctimas, testigos y directivos, donde los implicados pueden asumir una posición activa o pasiva ante el conflicto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el apoyo de la organización percibido por la víctima es ineficaz o inexistente.

11. Hostigamiento psicológico en personal de enfermería

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la enfermería es una profesión considerablemente afectada por el hostigamiento psicológico en el trabajo (Satse, 2002; Di Martino, 2002; Jackson et al., 2002; Palácios et al., 2003; McKenna et al., 2003; Hegney, Plank & Parker, 2003; Di Martino et al., 2003; Steinman, 2003; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; D. Yildirim & A. Yildirim, 2008). Conforme advierte Di Martino (2002), la probabilidad de que las enfermeras experimenten violencia en el lugar de trabajo es tres veces mayor que otros grupos ocupacionales. Así, Jackson et al. (2002) señalaron múltiples estudios realizados en diferentes países (EE.UU., Canadá, Suecia, Gran Bretaña y Australia), en los que se mostraba que la violencia en, o contra, el personal de enfermería es un problema a escala mundial (Cardoso, Fornés & Gili, 2006; D. Yildirim & A. Yildirim, 2008). Hay autores que atribuyen este hecho a la predominante presencia femenina que integra esta profesión (Mayhew & Chappell, 2001; Di Martino, 2002; Pérez-Andrés, Alameda & Albéniz, 2002; Di Martino et al., 2003), mientras que otros buscan su relación con la opresión que históricamente asola este colectivo (Freshwater, 2000; Oweis & Mousa, 2005; Barbosa et al., 2011) o a la múltiple jerarquía a la que rendir cuentas (Leymann, 1996; Satse, 2002; Matín-Arribas et al., 2006). Oweis y Mousa (2005) advirtieron que la enfermería, en general, es socialmente inducida a sucumbir al poder de otros estamentos considerados superiores y adoptar actitudes casi siempre pasivas o indirectas. Además, la definición de la buena

enfermera está centrada en cualidades femeninas estereotipadas, como ser compasiva y cuidadora (Randle, 2003).

Por un motivo u otro, lo cierto es que el binomio enfermería/hostigamiento ha despertado un notable interés en el ámbito científico. Por lo tanto, al igual que se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer la evolución del *mobbing* en los últimos años, presentada al inicio de este documento, se creyó conveniente realizar una búsqueda similar, acotando los trabajos al ámbito de la enfermería. En este sentido, los resultados evidenciaron que las publicaciones en revistas científicas listados en la base de datos ISI web of *science* que aludían al binomio *mobbing*/enfermería se habían multiplicado por 10 veces en los últimos 20 años (Figura 7). Este hecho, como mínimo, nos advierte de que el hostigamiento psicológico en el citado colectivo no es un fenómeno anodino.

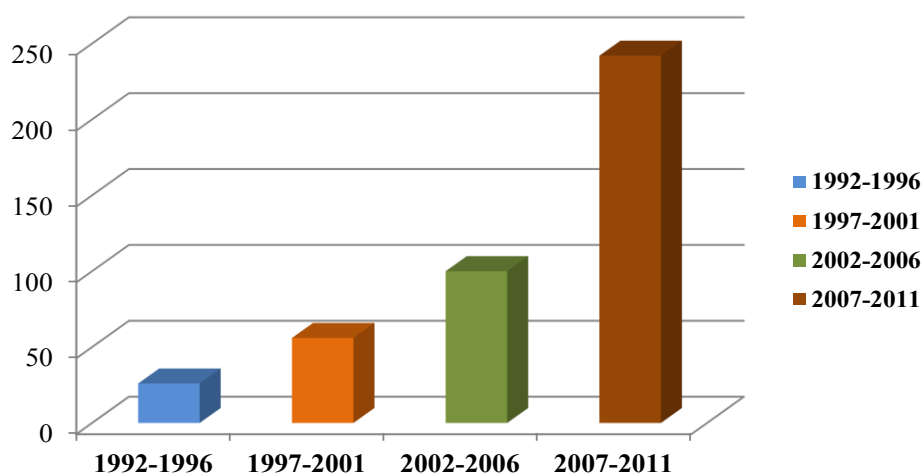


Figura 7. Evolución de la publicación de artículos sobre *mobbing* (y términos relacionados) en enfermería en los últimos 20 años

11.1. Prevalencia de hostigamiento psicológico en profesionales de enfermería

La prevalencia de maltrato psicológico en enfermería varía considerablemente de un estudio a otro, puesto que ello depende de la definición utilizada, el intervalo de tiempo considerado (6, 12 o más meses), las diferencias sociales y culturales, o las características organizacionales en el momento del estudio (Agervold, 2007; Quine, 2009). Además, pocos estudios se basan en muestras representativas (Hogh, Carneiro et al., 2011). A escala internacional Kivimäki, Elovainio y Vahtera (2000) mostraron una percepción de hostigamiento en el personal de enfermería finlandés del 5.0%. En Noruega, la prevalencia osciló entre el 10.0% (Matthiesen, Raknes & Røkkum, 1989), el 4.5% (Eriksen & Einarsen, 2004) y del 3.0% al 8.4% (Einarsen et al., 1998). Contrariamente a las prevalencias anteriormente citadas, Hegney et al. (2003) reportaron cifras más elevadas que fluctuaron entre el 29.0% y el 50.0% de víctimas, según la institución de trabajo analizada, lo que está en consonancia con los resultados encontrados por Rutherford y Rissel (2004). Por otra parte, Quine (2001) también encontró prevalencias elevadas en una muestra de enfermería inglesa (44.0%), así como Johnson y Rea (2009) en Estados Unidos (27.0%) y Pai y Lee (2011) en Taiwán (29.8%) o Yildirim (2009) en Turquía (21.0%). En Brasil, se observaron prevalencias de hostigamiento psicológico que oscilaban entre el 20.8% (Palácios et al., 2003) y el 37.2% (Cardoso, Fornés & Gili, 2007). Por otra parte, la prevalencia registrada en Portugal fue similar en instituciones hospitalarias y en centros de Salud (25.0% y el 23.0%, respectivamente) (Ferrinho et al., 2003). En contrapartida, Hoel y Cooper (2000) encontraron cifras más bajas (10.5%) en Gran Bretaña, de la misma forma que Hogh, Carneiro et al. (2011) en un grupo de enfermeras inmigrantes en Dinamarca (9.1%).

A escala nacional, Fornés et al. (2008b) encontraron una prevalencia en torno al 17.2% en un estudio realizado con enfermeros de Baleares. El Observatorio de Riesgos Psicosociales del Sindicato de la Unión General de los Trabajadores (UGT, 2012) ha

divulgado recientemente cifras similares (entre el 13.5 y el 18%). Sin embargo, el Sindicato de Enfermería Español (Satse, 2002), concluyó que un 35.0% los enfermeros españoles son víctimas de acoso psicológico en el trabajo.

Por otra parte, la literatura también pone de manifiesto que las conductas de hostigamiento psicológico afectan de forma preocupante a los futuros enfermeros. Según algunos trabajos, muchos de los estudiantes de enfermería padecen altos niveles de hostigamiento psicológico mientras aún están en prácticas académicas (Meissner, 2000; Ozturk, Sokmen, Yilmaz & Cilingir, 2008; Simons & Mawn, 2010; Castellón, 2011; Hogh, Carneiro et al., 2011). Tales conductas, que suelen ser perpetradas por sus futuros colegas enfermeros, generan un círculo vicioso dado que este comportamiento, aprendido por los estudiantes, es posteriormente utilizado contra otros, sean compañeros de trabajo o nuevos estudiantes a su cargo (Randle, 2003; Lewis, 2006; Hauge et al., 2009).

11.2. Procedencia del hostigamiento psicológico percibida por el personal de enfermería

Hay controversias en cuanto al tipo o la procedencia del hostigamiento a que están sometidos los profesionales de enfermería. Algunos estudios señalan un hostigamiento predominantemente descendente (Einarsen et al., 1998; Quine, 1999; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; Johnson & Rea, 2009). Otros consideran la existencia de un hostigamiento de tipo horizontal (Hubert & Van Veldhoven, 2001; Randle, 2003; Mckenna et al., 2003; Hegney et al., 2003; Chen et al., 2008; Fornés et al., 2011), o incluso ambos, descendente y horizontal (Hoel & Cooper, 2000; Jackson et al., 2002; Satse, 2002; Palácios et al., 2003; Fornés, Martínez-Abascal et al., 2004). Sin embargo, estudios recientes pusieron de manifiesto que el maltrato psicológico en el trabajo de la enfermería es sobre todo intraprofesional (Lewis, 2006; Vessey et al., 2009; Efe & Ayaz, 2010), lo que se atribuyó a

una elevada competitividad entre estos profesionales por la búsqueda continuada de reconocimiento público de su trabajo (Daiki, 2004; Barbosa et al., 2011).

11.3. Tipo de institución como factor de riesgo en el hostigamiento psicológico en enfermería

La literatura revisada pone en evidencia que la institución puede jugar un papel importante en la incidencia de maltrato psicológico en el trabajo, sin embargo, hay muchas controversias en torno a esta variable. Así, A. Yildirim y D. Yildirim (2007) y Hegney et al. (2003) observaron una mayor incidencia de hostigamiento en centros privados. En contrapartida, Palácios et al. (2003) señalaron que en los hospitales públicos es más habitual la incidencia de comportamientos hostiles. Datos que están en consonancia con Steinman (2003) y Enberg, Stenlund, Sundelin y Öhman (2007). En España, Fornés, Martínez-Abascal, et al. (2004) y Fornés et al. (2008b) no encuentran diferencias en esta variable. Cabe recordar que el tamaño de la organización también se perfila como un factor que contribuye al brote y escalonamiento del *mobbing*. Así, las instituciones pequeñas son menos propicias a las conductas hostiles, puesto que se hacen más manifiestas y pone en evidencia al hostigador. En contrapartida, en las grandes organizaciones el hostigamiento psicológico se enmascara tras una serie de burocracias, múltiples jefes y varios compañeros que por un motivo o por otro son reclutados a participar en la agresión. Este hecho contribuye a que se difumine la información sobre la repercusión del fenómeno, propiciando el escalonamiento del conflicto (Hutchinson, Wilkes et al., 2010).

11.4. Comportamientos hostiles más frecuentemente percibido por los profesionales de enfermería

Según los trabajos revisados, se podría decir que los comportamientos hostiles en enfermería son similares a los perpetrados contra las víctimas de otros colectivos. Sin embargo, llama la atención la elevada incidencia de violencia verbal como el comportamiento abusivo más frecuente en este colectivo (Ferrinho et al., 2003; Steinman, 2003; Palácios et al., 2003; Oweis & Mousa, 2005; Chen et al., 2008; Hutchinson, Vickers et al., 2010; Pai & Lee, 2011). Este tipo de acoso es infligido tanto por pacientes como por compañeros, o por supervisores y médicos, y el trauma inmediato que causa podría compararse al de la agresión física (Steinman, 2003). No obstante, algunos trabajos ponen de manifiesto conductas hostiles más disimuladas como la difamación (Einarsen et al., 1998), el menosprecio y la injusticia atributiva (Oweis & Mousa, 2005; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007), las informaciones sesgadas (Fornés, Martínez-Abascal et al., 2004, Fornés et al., 2008b), la falta de respeto por el profesional (Satse, 2002), el desprestigio profesional (Hutchinson, Vickers et al., 2010; Barbosa et al., 2011) o la humillación (Quine, 1999; Satse, 2002; Vessey et al., 2009).

En consonancia con los datos anteriormente citados, el trabajo conducido por Hutchinson, Vickers et al. (2010) puso de manifiesto que, en enfermería, el hostigamiento podría consistir en tres formas distintas de comportamientos: el Ataque Personal, la Degradación Profesional y Personal de las Víctimas y la Obstaculización de las Tareas. De acuerdo con los resultados encontrados por estos autores, todos los comportamientos eran comúnmente conducidos delante de otras personas, dando lugar a un sentimiento de degradación y debilidad. Asimismo, este trabajo pone de manifiesto que al cuestionar públicamente las habilidades y capacidades de las enfermeras, los acosadores dañaban la identidad profesional de las víctimas, volviéndolas menos capaces o competentes para el desempeño de sus tareas.

11.5. Consecuencias del hostigamiento psicológico en personal de enfermería

El maltrato psicológico en el trabajo causa un enorme problema no sólo para la persona que lo padece o sus familiares (Efe & Ayaz, 2010), sino también para la organización y, en especial, para los usuarios del sistema sanitario; porque produce alteraciones psicoconductuales con un efecto negativo directo sobre la calidad de la asistencia (López, 1995; Einarsen et al., 1998; Ferrinho et al., 2003; Hueso-Montoro & Calero-Martín, 2005; Oweis & Mousa, 2005; Vessey et al., 2009), originando en ocasiones negligencias (Niedl, 1996) y errores con consecuencias más o menos inmediatas para los enfermos (Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006; Johnson, 2009; Efe & Ayaz, 2010; Castellón, 2011). El profesional afectado suele estar inseguro, sintiéndose indefenso e impotente, sin confianza en sí mismo, llegando a poner en duda su capacidad para desarrollar las tareas (López, 1995; Escribà, Más, Cárdenas, Burguete & Fernández, 2000; Satse, 2002; Hutchinson, Vickers et al., 2010). El sentimiento de incompetencia y la disminución de la autoestima son progresivos (Einarsen et al., 1998; Jackson et al., 2002) y suelen estar acompañados por síntomas de ansiedad y depresión, lo que reduce la capacidad de tomar decisiones acertadas y/o efectivas (López, 1995), de la misma forma que limita su capacidad en la elección de estrategias de afrontamiento adecuadas (Quine, 1999). La posición de la víctima se agrava aún más si a la situación de conflicto se añaden los problemas inherentes a la enfermería como podrían ser la ambigüedad de rol, la múltiple jerarquía a que rendir cuentas o, entre otros factores, la polivalencia de sus funciones, donde casi nunca se tiene en cuenta su formación o experiencia previa (Pérez-Andrés, Alameda & Albéniz, 2002). Así, el trabajo conducido por Cardoso et al. (2007) puso de manifiesto que el 86.0% de los profesionales de enfermería encuestados en Brasil se percibían socialmente desvalorizados. Corroborando los resultados anteriormente citados, el estudio realizado por Aiken et al. (2001) sobre la percepción de la situación laboral en profesionales de enfermería de diferentes países, demostró que la insatisfacción laboral es

un sentimiento extendido en este colectivo. Estos autores, entonces, ya advertían sobre el elevado índice de abandono o deseo de abandono de la profesión, así como del envejecimiento progresivo de los profesionales. En este sentido, son varios los trabajos que alertan sobre la escasez de profesionales de enfermería en el mercado de trabajo, lo que suscita gran preocupación debido al abandono de la profesión a causa de las experiencias negativas u hostigamiento a que son sometidas (Niedl, 1996; Quine, 1999, 2001; Aiken et al., 2001; Mckenna et al., 2003; Farrell et al., 2006; Lewis, 2006; Vessey et al., 2009; Simons & Mawn, 2010; Hutchinson, Wilkes et al., 2010; Hogh, Hoel et al., 2011).

Por otra parte, la literatura también pone de manifiesto los importantes síntomas de estrés que padecen los profesionales de enfermería a causa de la hostilidad sostenida en su ambiente laboral. En este sentido, Cardoso et al. (2007) encontraron que el 25.1% del personal de enfermería brasileño encuestados presentaron síntomas importantes de estrés que eran directamente proporcionales a la percepción del hostigamiento. En esta misma línea, Einarsen et al. (1998) concluyeron que los auxiliares de enfermería víctimas de hostigamiento psicológico presentaban elevados niveles de *burnout*, además de insomnio, ansiedad, irritabilidad y depresión. Estos datos están en consonancia con Matthiesen et al. (1989). Por otra parte, las enfermeras turcas también relataron padecer insomnio, dificultad de concentración en el trabajo, problemas de salud física, depresión, miedo a entrar en el trabajo y, ocasionalmente, ideas de suicidio (A. Yildirim & D. Yildirim, 2007). Según el Satse (2002), los enfermeros víctimas de acoso presentaron más días de baja laboral de media al año que los de cualquier otra patología. Este trabajo concluye que las víctimas de acoso abandonan más la profesión, fuman más y tienen más depresión, que aquellas personas que no se percibían víctimas de maltrato laboral.

Además de los síntomas de ansiedad y depresión evidenciados en varios trabajos sobre el maltrato psicológico, también se observaron elevadas bajas por enfermedad (Kivimäki et al.,

2000; Ortega, Christensen, Hogh, Rugulies & Borg, 2011), baja satisfacción laboral (Quine, 1999) y absentismo (Ott, 1989; Matthiesen et al., 1989; Steinman, 2003; Lindy & Schaefer, 2010), como consecuencia de ello.

11.6. El entorno laboral como factor de riesgo para el hostigamiento psicológico en enfermería

Son varios los estudios que ponen de manifiesto que el entorno laboral juega un papel importante en la aparición y evolución del hostigamiento psicológico en el trabajo (Einarsen et al., 2009; Namie & Lutgen-Sandvik, 2010; Castellón, 2011; Pai y Lee, 2011), puesto que suele estar asociado a políticas organizacionales agresivas, competitivas y basadas en el rendimiento (Katrinli et al., 2010; Hutchinson, Wilkes et al., 2010). En enfermería, tal situación no se muestra distinta. Así, la literatura revisada pone en evidencia que el entorno laboral de la enfermería es un importante facilitador del *mobbing* debido a que está caracterizado por un ambiente estresante, de hostilidad interpersonal, con conflictos y ambigüedad de rol y sobrecarga laboral (Aiken et al., 2001; Satse, 2002; Pérez-Andrés et al., 2002).

11.6.1. El entorno laboral de la enfermería

Aunque la enfermería pueda desempeñar su función en diferentes instituciones de salud, es en los hospitales donde se concentra el mayor número de estos profesionales (Ministerio de Sanidad Español, 2011). Dado el tipo de patologías asistidas y las elevadas demandas asistenciales, las instituciones hospitalarias abren paso a una importante fuente de trabajo a los profesionales de la salud. No obstante, las enfermeras no parecen sentirse muy satisfechas en este entorno, puesto que manifiestan sentimientos negativos relacionados a ello (Sánchez-Uriz, Gamo, Godoy, Igual & Romero, 2006; Pérez-Andrés et al., 2002). En este sentido, el

estudio conducido por Aiken et al. (2001) en 700 hospitales de diferentes países evidenció que una elevada proporción de los enfermeros encuestados se mostraban insatisfechos con sus trabajos, y que una importante parte de ellos, la mayoría menores de 30 años, deseaban abandonar su trabajo. Además de los bajos salarios, los factores que se encontraron asociados a la insatisfacción laboral fueron: la sobrecarga de trabajo, el escaso tiempo para el desempeño de sus tareas y el hecho de tener que realizar trabajos que no eran de su competencia profesional.

Leymann (1996) encontró que los hospitales presentaban pobres condiciones organizativas lo que facilitaba las conductas de hostigamiento entre los profesionales de enfermería. Corroborando el trabajo anteriormente citado, el Sindicato de enfermería Español (Satse, 2002) demostró que las instituciones sanitarias se caracterizaban por presentar un entorno laboral competitivo e individualista, desmotivador y agresivo que propiciaba la hostilidad entre los trabajadores.

El trabajo realizado por Castellón (2011) puso de manifiesto que el contexto organizacional podría actuar como un factor determinante en la ocurrencia y mantenimiento de hostigamiento psicológico en el colectivo de enfermería. En este sentido, se ha planteado recientemente que los comportamientos hostiles en enfermería son permitidos e incluso potenciados en beneficio de la propia organización y/o perpetradores (Katrinli et al., 2010; Hutchinson, Wilkes et al., 2010; Lindy & Schaefer, 2010).

De acuerdo con los trabajos realizados por Vessey et al. (2009), Pai y Lee (2011) y Castellón (2011), las instituciones de salud otorgan una escasa importancia a las denuncias de maltrato psicológico realizadas por parte del personal de enfermería. De este modo, según Hutchinson, Wilkes et al. (2010), los individuos pueden ser socializados en ambientes donde las normas toleran los comportamientos abusivos, hasta el punto en que muchas enfermeras los consideran como parte de su trabajo.

11.6.2. Disfunción de rol: la influencia del conflicto y ambigüedad de rol como facilitadores de hostigamiento psicológico en el trabajo

Las funciones o roles que se atribuyen al puesto de trabajo constituyen el conjunto de comportamientos y actividades que deben ser adoptados por el trabajador en la organización. Así, el conflicto de rol se entiende como aquella situación en la que el trabajador encuentra que las expectativas y demandas que recibe son incompatibles y no puede satisfacerlas simultáneamente (Topa, Moriano & Morales, 2009).

La ambigüedad de rol se debe a la incertidumbre por la falta de información necesaria para desempeñar un determinado rol en la organización. La ambigüedad puede manifestarse a nivel del establecimiento de límites en las competencias, procedimientos y métodos para desempeñarlas, evaluación y expectativas del propio desempeño (Katz & Kahn, 1990).

La literatura pone de manifiesto que el conflicto y la ambigüedad de rol en enfermería podrían actuar como condicionantes importantes en el desencadenamiento del *mobbing* (Topa et al., 2009). Así, Leymann (1996) señala que, en enfermería, el hostigamiento psicológico está relacionado con un pobre entorno laboral donde los roles y estructura de poder resultan poco claras. De acuerdo con el referido autor, la ambigüedad de rol en este colectivo es tal que dificulta que las enfermeras identifiquen quiénes son realmente sus jefes inmediatos. Los médicos, responsables por los diagnósticos y determinación del tratamiento de los pacientes, y los supervisores de enfermería, ambos con potestad de mando, pueden proporcionar informaciones contradictorias o ambiguas acerca de la ejecución de la tarea, generando sentimientos de falta de control sobre su trabajo, inseguridad en la ejecución de la tarea, estrés y sobrecarga laboral, tanto debido a la falta de personal como a la mala organización.

El trabajo conducido por Pérez-Andrés et al. (2002) demostró que el estrés manifestado por el personal de enfermería hospitalario era atribuido a los conflictos de rol, a la dependencia jerárquica a que estaban sometidas, así como a la sobrecarga laboral y a los

trabajos por turnos. Por otra parte, Juárez-García, Hernández-Mendoza y Ramírez-Páez (2005) resaltaron que el caos organizativo que envuelve el trabajo de la enfermería, los fallos en la cadena de mando, los conflictos y la ambigüedad de roles, son factores facilitadores en el desencadenamiento de *mobbing* en el citado colectivo.

11.6.3. La sobrecarga laboral como propiciador de *mobbing*

Se ha observado que la sobrecarga de trabajo actúa como un precursor importante en la percepción de hostigamiento psicológico laboral (Hoel & Cooper, 2000; Quine, 2001; Lewis, 2006; Yildirim, 2009; Einarsen et al., 2009; Lindy & Schaefer, 2010; Simons & Mawn, 2010). En el caso de la enfermería, con la remodelación de los servicios sanitarios, esta realidad se torna cada vez más evidente (Huntington et al., 2011). De acuerdo con Aiken et al. (2001), la remodelación del sistema sanitario, sobre todo en los hospitales, ha sido diseñada para emular modelos industriales de mejora de la productividad, en lugar de responder a las preocupaciones manifestadas por el personal de enfermería. Este hecho pone en peligro el éxito de dicha remodelación, puesto que podría contribuir a un ya elevado abandono de la profesión por parte de los profesionales de enfermería, así como a la ralentización de la incorporación de nuevos jóvenes en la profesión.

El trabajo realizado por Huntington et al. (2011) reveló que muchas enfermeras percibían que su salud física, emocional y su bienestar estaban comprometidas a causa de su profesión. Dichos profesionales atribuían tal percepción a la fatiga, el agotamiento físico y emocional, las lesiones por carga laboral y el desgaste físico que todos estos factores conllevaban. Asimismo, este trabajo mostró que los profesionales de enfermería percibían que los frecuentes conflictos de rol suponían una fuente adicional de estrés laboral. Tal percepción contribuía a una frecuente sensación de no haber hecho bien su trabajo y a un progresivo deseo de abandonar su profesión.

Hutchinson, Wilkes et al. (2010), Hutchinson, Vickers et al. (2010) y Katrinli et al. (2010) también pusieron en evidencia que las organizaciones sanitarias están caracterizadas por un clima organizacional enfocado en la eficiencia, productividad y contención de costes. Según los referidos trabajos, en este tipo de organización hay un mayor riesgo de que el acoso provenga de actos políticos, con comportamientos que implican un uso indebido de la autoridad o proceso para la obtención de beneficio propio. Así, Katrinli et al. (2010) advirtieron que algunas enfermeras justificaban el hostigamiento horizontal como un medio para obtener una mejor posición en la unidad y asignación de mayores recursos para el desempeño de la tarea.

Por otra parte, Simons y Mawn (2010) y Hutchinson, Vickers et al. (2010) señalaron que la sobrecarga laboral era percibida por el personal de enfermería como una conducta injusta y punitiva adoptada por los supervisores para hostigar a los profesionales. Además, tal conducta también ponía en riesgo la seguridad de los pacientes y generaba un mayor conflicto entre los compañeros de trabajo (Simons & Mawn, 2010).

11.7. La enfermería y el género más hostigado

En enfermería también hay controversias en cuanto al género más hostigado. Algunos trabajos apuntan a la mujer, es decir la enfermera, como más predispuesta a padecer hostigamiento (Niedl, 1996; McKenna et al., 2003; Jackson et al., 2002), mientras que otros hablan de un hostigamiento que afecta al género masculino, por constituir una minoría en un ambiente dominado, predominantemente, por mujeres (Fornés, Martínez-Abascal, et al., 2004; Eriksen & Einarsen, 2004). Según constata Ferrinho et al. (2003), las enfermeras portuguesas se perciben más hostigadas (25.0%) que sus colegas masculinos (14.0%) en los centros de salud, mientras que éstos relataron una mayor percepción de hostigamiento en el ambiente hospitalario (22.0%) comparado con las enfermeras (15.0%). Palácios et al. (2003),

también encontraron una mayor incidencia de acoso entre los enfermeros (16.2%) que entre las enfermeras (14.1%). En contrapartida, Steinman (2003) no encontró diferencias en esta variable.

11.8. Edad y experiencia profesional como factores de riesgo en el hostigamiento psicológico

Para algunos autores, la madurez personal del profesional de enfermería podría jugar un papel moderador en la percepción del estrés laboral y, consecuentemente, del hostigamiento psicológico (Escribà et al., 2000; Fornés, Martínez-Abascal, et al., 2004; Pai & Lee, 2011). Sin embargo, la mayoría de los estudios evidenciaron que en enfermería la percepción de hostigamiento es más acentuada a mediana edad. En este sentido, el Satse (2002) evidenció una mayor percepción de hostigamiento entre los 40 y los 50 años de edad y, curiosamente, con estabilidad laboral. Fornés, Martínez-Abascal, et al. (2004) y Fornés et al. (2008b) encontraron datos semejantes. En Sudáfrica, Steinman (2003) observó que los profesionales de enfermería con edades comprendidas entre los 40 y 44 años eran más susceptibles a conductas abusivas, mientras que Palácios et al. (2003) y Barbosa et al. (2011) observaron una mayor incidencia entre los 55-59 años en enfermeros brasileños, indicando que los profesionales entre los 30 y los 49 años también presentan un elevado riesgo de padecer maltrato psicológico. No obstante, la literatura pone de manifiesto que las conductas de hostigamiento también se extiende a edades muy tempranas (Yildirim, 2009), incidiendo incluso en personas menores de 30 años (Pai & Lee, 2011; Efe & Ayaz, 2010). Por otra parte, A. Yildirim y D. Yildirim (2007), en Turquía, y Johnson y Rea (2009), en Washington, no encuentran diferencias significativas en esta variable.

En lo que concierne a la experiencia profesional, hay controversias en torno a esta variable. Así, Hegney et al. (2003) señalaron que los años de experiencia profesional

actuaban como un factor protector contra la violencia laboral. En este sentido, el trabajo realizado por Vessey et al. (2009) puso de manifiesto que el personal de enfermería que mayor incidencia de acoso reportó tenía una experiencia laboral igual o inferior a 5 años. Además, son varios los estudios que ponen en evidencia un extendido maltrato psicológico contra estudiantes y recién graduados en enfermería (Pérez-Andrés et al., 2002; Randle, 2003; Mckenna et al., 2003; Ferns & Meerabeau, 2007; Ozturk et al., 2008; Vessey et al., 2009; Simons & Mawn, 2010; Hutchinson, Vickers et al., 2010; Hogh, Hoel et al., 2011). Sin embargo, Barbosa et al. (2011) demostraron que las víctimas de hostigamiento psicológico en el trabajo tenían una experiencia profesional superior a los 20 años. En consonancia con el trabajo anteriormente citado, Palácios et al. (2003) también encontraron una mayor incidencia de maltrato psicológico en trabajadores entre los 16 y los 20 años de ejercicio profesional, aunque el riesgo de padecer conductas de acoso también es elevado en profesionales entre 1 y 5 años y 11 y 15 años de experiencia profesional.

11.9. Estrategias de afrontamiento frente al hostigamiento psicológico en enfermería

Según la literatura revisada, parece ser que, en general, las estrategias de afrontamiento utilizadas por la enfermería frente al estrés son en su mayoría estrategias enfocadas en el problema y la Búsqueda de Apoyo Social siendo la negación o la huida las estrategias menos utilizadas por este colectivo (Healy & Mckay, 2000; Bennett, Lowe, Matthews, Dourali & Tattersall, 2001; Da Silva & Pimenta, 2004). Sin embargo, en lo que se refiere al maltrato psicológico en el trabajo las estrategias de afrontamiento parecen ser más de tipo evitativas. En este sentido, Niedl (1996), analizando las reacciones de afrontamiento de víctimas de maltrato psicológico en Austria, encontró que, a pesar de las diferencias individuales, la mayoría de los afectados utilizaron estrategias de afrontamiento negativas como la negligencia o el abandono de la organización. Estos datos están en consonancia con los

trabajos realizados por el Hutchinson, Wilkes et al. (2010), Huntington et al. (2011) o por Hogh, Hoel et al. (2011). En este sentido, Vessey et al. (2009) encontraron que muchas de las enfermeras que estaban sometidas a situaciones de hostigamiento psicológico adoptaban estrategias de afrontamiento de tipo negativo que les permitían sobrellevar la situación (como por ejemplo la pérdida de interés por su trabajo), o de escape (como el absentismo y el abandono del trabajo). Asimismo, Oweis y Mousa (2005) concluyeron que las enfermeras en Jordania padecían severos niveles de abuso verbal y que las estrategias de afrontamiento eran en su mayoría negativas (huida y negación). En este estudio, las emociones más frecuentes reflejadas por las víctimas eran de cólera, vergüenza, humillación y frustración. Parece ser que la carencia de habilidades para afrontar el abuso verbal llevó a las enfermeras a comportamientos autodestructivos. En este sentido, Freshwater (2000) resaltó que las enfermeras que se percibían maltratadas (oprimidas o puestas en ridículo) se retraían por vergüenza. Por otra parte, las enfermeras turcas informaron que para escapar del acoso psicológico trabajaban más intensamente, de forma más ordenada y organizada en un intento de evitar críticas (A. Yildirim & D. Yildirim, 2007).

Por otra parte, el Royal College of Nursing (RCN, 2002) informa que sólo un 6.0% de las enfermeras que padecieron maltrato psicológico denunciaron formalmente los incidentes, lo que indica que muchas de las enfermeras son víctimas de *mobbing* pero no lo denuncian. Quizá esto se deba a la precariedad laboral actual que hace que los empleados restrinjan su definición de acoso y amplíen su rango de comportamientos tolerados (Topa et al., 2007). Así, el trabajo realizado por Vessey et al. (2009) puso de manifiesto que muchas de las víctimas de hostigamiento psicológico eran renuentes a afrontar el conflicto por miedo a represalias, a no ser creído o a perder su trabajo. En este sentido, Castellón (2011) subraya que la elección de las estrategias de afrontamiento puede estar condicionada por la percepción de apoyo social recibido o la necesidad de mantener su trabajo, es decir, que las

víctimas pueden cambiar su estrategia de afrontamiento de activa a pasiva, o vice versa, dependiendo de la respuesta obtenida ante el conflicto por parte del entorno o según sus necesidades. Asimismo, Efe y Ayaz (2010) demostraron que el 24.1% de los encuestados creían que nada podría ser hecho para solucionar una situación de maltrato psicológico y que frente a situaciones de esta índole, era preferible callar, puesto que el maltrato se incrementaba si ellos lo denunciaban. En esta línea, Pai y Lee (2011) encontraron que el 65.4% de las víctimas denunciaron el maltrato recibido, no obstante, muchas de ellas reportaron que ninguna postura fue adoptada por parte de la organización. En consonancia con los trabajos anteriormente citados, Lewis (2006) señaló que las víctimas que buscaban apoyo social cuando se percibían hostigadas fueron ignoradas o marginadas.

PARTE EMPÍRICA

III. Planteamiento y Objetivos del Trabajo

La literatura científica revela que la enfermería es uno de los colectivos más afectados por el acoso psicológico en el trabajo y esto se refleja no solo en las elevadas prevalencias encontradas en los diferentes estudios revisados, sino también en la importancia que se ha dado a este fenómeno en el contexto de la enfermería. Cabe recordar que, según la base de datos ISI web of science, el número de trabajos publicado en revistas científicas que asocian la percepción de hostigamiento psicológico con el trabajo de la enfermería se ha incrementado en casi 10 veces en los últimos 20 años. Aunque el avance científico en este campo resulta sorprendente, la complejidad de dicho fenómeno, que se sostiene básicamente por una percepción casi siempre subjetiva de la víctima, y a la que, en el caso de la enfermería, se añaden factores arraigados de la profesión (ambigüedad de rol, problemas de relaciones interpersonales, sobrecarga de trabajo, entre otros) hacen que el hostigamiento psicológico en este colectivo sea aún más difícil de acotar. Por todo lo antedicho, se hace patente la necesidad de avanzar en este campo de investigación y conocer con mayor detenimiento cómo el hostigamiento psicológico en el trabajo (HPT) afecta al personal de enfermería. Para ello, se eligió como población de estudio profesionales de enfermería brasileños y españoles, dado el origen y la experiencia profesional de la doctoranda.

Así, nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Objetivo general

Estudiar la experiencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de dos contextos geográficos distintos (Brasil y España) y sus posibles diferencias.

1.1. Objetivos específicos

1. Identificar y comparar posibles diferencias respecto a la percepción de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España.
2. Conocer la percepción de la procedencia de las conductas hostiles en las dos muestras objetivo de estudio.
3. Identificar si existen diferencias respecto a las conductas hostiles percibidas por el personal de enfermería brasileño y español.
4. Averiguar si existe relación significativa entre percepción de hostigamiento psicológico en el trabajo y los síntomas de estrés entre ambas muestras a estudiar.
5. Estudiar la relación entre percepción de hostigamiento psicológico y variables socio demográficas y laborales (edad, sexo, servicio o unidad de trabajo, tipo de contrato, años de experiencia profesional) en personal de enfermería brasileño y español, comparando sus posibles diferencias.
6. Identificar la relación y las posibles diferencias entre la percepción de hostigamiento y las estrategias de afrontamiento utilizadas por ambas muestras.
7. Averiguar si existen posibles variables predictoras de la experiencia de hostigamiento.

2. Supuestos o hipótesis de trabajo

Para responder a estos objetivos intentaremos poner a prueba las siguientes hipótesis:

H1. Aparecerán diferencias en la percepción del hostigamiento según el país observado y los criterios de medida del HPT-R (mínimo una vez a la semana durante 6 meses, percepción actual y puntuación total del cuestionario), siendo ésta más incidente en Brasil.

H2. El hostigamiento psicológico también será una conducta observada tanto en Brasil como en España.

H3. El hostigamiento psicológico en personal de enfermería tanto en Brasil como en España procederá sobre todo de su propio colectivo.

H4. Se espera que, tanto en España como en Brasil, las principales fuentes de hostigamiento estén relacionadas con problemas de comunicación e interrelación personal.

H5. Aparecerán relaciones significativas entre la percepción de hostigamiento psicológico y las variables sociodemográficas y laborales de los encuestados de ambas muestras.

H6. La percepción de sentirse hostigado/a estará asociada con la aparición de síntomas de estrés y con la utilización de estrategias de afrontamiento negativas, independientemente del país estudiado.

IV. Material y Métodos

1. Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo y correlacional, de corte transversal, que tomó como población el personal de enfermería de dos hospitales geográficamente diferentes aunque con características similares (ambos públicos y de atendimento general).

Como se ha comentado anteriormente, dado el origen y la experiencia profesional de la investigadora principal se eligieron para el desarrollo del estudio los siguientes hospitales:

1-Hospital Universitario Son Dureta (HUSD), actual Hospital Universitario Son Espases, en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, España.

2-Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Brasil.

Los datos fueron recogidos entre los años 2007 y 2009, previo consentimiento de la dirección y del Comité de Ética e Investigación de ambas instituciones. Además, en Brasil, fue necesaria la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CONEP), como condición indispensable para la realización de este trabajo.

2. Instrumentos

El Cuaderno de Recogida de Datos (CRDs) estaba compuesto de los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de datos Socio Demográficos y Laborales, elaborado *ad hoc*.
2. Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo-Revisado (HPT-R).
3. Escala de Dimensiones Causales Atributivas.
4. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA).
5. Cuestionario de Síntomas de Estrés

2.1. Descripción de los Instrumentos

1. *Cuestionario de Datos Socio demográficos y Laborales* elaborado *ad hoc* para el estudio. Constituido por 17 ítems con respuestas de tipo mixto (tipo cerradas y abiertas). Este cuestionario recoge variables sociodemográficas y laborales potencialmente relacionadas con el hostigamiento psicológico (ver anexo).

2. *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo-Revisado* (HPT-R) desarrollado por Fornés (2005), es un instrumento de medida que intenta evaluar conductas de hostigamiento estrictamente de tipo psicológico excluyendo el maltrato físico y el acoso sexual. Con un alfa de Cronbach de .96 (Fornés et al., 2008a), el HPT-R recoge las conductas más importantes de los principales instrumentos utilizados para medir el acoso psicológico en el ámbito laboral, como el LIPT- *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* (Leymann, 1990; Niedl, 1995; Zapf et al., 1996; González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2003), el NAQ- *Negative Acts Questionnaire* (Einarsen & Raknes, 1997) o el barómetro Cisneros (Fidalgo & Piñuel, 2004).

Validado previamente en personal de enfermería, el HPT-R se constituye de tres partes. En la primera parte, se encuentran instrucciones para una correcta comprensión y contestación del instrumento. La segunda parte está compuesta por una serie de preguntas (35 ítems) estructuradas en forma de conductas o situaciones hostiles que pueden ser fácilmente identificadas y cuantificadas, bien a través de observaciones directas o indirectas (escritas, llamadas telefónicas, etc.). Tales preguntas deben ser contestadas utilizando una escala tipo Likert de 0 (*menos de una vez al mes*) a 5 (*una o más veces al día*) puntos. El cuestionario se completa con tres preguntas dicotómicas finales: la primera pregunta permite cuantificar, según el criterio de frecuencia y temporalidad propuestos por Leymann (conducta semanal durante un mínimo de 6 meses), si existen comportamientos de hostigamiento susceptibles de ser diagnosticados como *mobbing*. La segunda busca identificar posibles testigos de las

conductas hostiles. La tercera y última pregunta pretende evaluar la percepción subjetiva de hostigamiento psicológico a través de la cuestión “¿Se considera usted actualmente acosado/a u hostigado/a psicológicamente en el trabajo? Con el propósito de conocer la procedencia de la percepción de hostigamiento en la muestra estudiada, en el presente estudio se añadió a la tercera pregunta un “¿Por quién?” dando una posibilidad a los encuestados de señalar entre diferentes categorías profesionales (directores, supervisores, médicos, compañeros y otros) los hostigadores habituales en enfermería, desde su punto de vista (ver anexo).

Otra característica a destacar de este instrumento de medida es que, además de permitir cuantificar la ocurrencia de conductas hostiles en el ámbito laboral, el HPT- R actúa como un indicador de riesgo para el hostigamiento psicológico en el trabajo. De esta manera, se considera que las personas que alcanzan una puntuación igual o superior a 62 puntos en la suma total de sus ítems tienen mayores probabilidades de padecer acoso psicológico, independientemente de su percepción. Cabe recordar que el análisis factorial de HPT-R identificó la existencia de un patrón de hostigamiento psicológico organizado alrededor de 5 factores (Humillación y Rechazo Personal, Desprestigio Profesional, Rechazo Profesional y Violación de la Intimidad, Degradación Profesional y Ninguneo o Aislamiento Profesional) que explicaron el 50.6% de la varianza, (Fornés et al., 2008b). Las conductas hostiles aglutinadas como factores posibilitarán conocer de forma más precisa el tipo de hostigamiento perpetrado contra los trabajadores objetivo de estudio.

3. Escala de Dimensiones Causales Atributivas

Partiendo de la idea de que la experiencia de hostigamiento psicológico constituye una respuesta al estrés que podría estar relacionada con el estilo atributivo de la víctima se aplicó la Escala de Dimensiones Causales Atributivas extraída de Manassero et al. (2003). Este instrumento, constituido por 15 ítems que evalúan 5 dimensiones causales (Lugar de

Causalidad, Estabilidad, Controlabilidad, Globalidad e Intencionalidad) percibida del estrés, que en nuestro caso se consideró como tal las situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo, está dividido en 2 partes. En la primera parte, se solicita a la persona que señale y/o escriba la causa que ella considera como su principal fuente de estrés o malestar laboral. Dicha causa podría ser una de las 35 conductas que componen el cuestionario de HPT-R u otra particular de la persona encuestada. En el primer caso, sólo debería ponerse el número asignado a la conducta o conductas consideradas estresantes. En caso de que la causa estresante no estuviera reflejada en el HPT-R, la persona debería describir lo que ella consideraba como causa de mayor estrés en su ambiente de trabajo. En el segundo apartado, se solicitaba a la persona que valorara 15 características particulares de la causa considerada como estresante mediante un diferencial semántico de una escala numérica que oscilaba de 1 a 9 puntos, aleatoriamente balanceados en sentido creciente y decreciente.

La puntuación para cada dimensión se obtiene sumando la valoración señalada por el participante en cada uno de los 3 ítems que la forman.

4. *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA)*

El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA) es un instrumento adaptado a la población española por Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Pastor (1992) que se construyó a partir de las revisiones del *Ways of Coping Checklist* (W.C.C.L.), llevadas a cabo por Folkman y Lazarus (1980), Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986). El W.C.C.L., según señala Aliaga (1996), ha sido el instrumento de evaluación de las estrategias de afrontamiento que más ampliamente ha influido sobre la investigación en torno al comportamiento individual ante situaciones aversivas.

Con un alfa de Cronbach de .66 y 11 factores que explican el 62.0% de la varianza total, el CEA está dividido en dos partes. La primera parte se compone de un enunciado explicativo, para una correcta comprensión y contestación del mismo. La segunda parte está estructurada en forma de estrategias de afrontamiento frente a situaciones hostiles, con una escala de respuesta tipo Likert de 1 (*Nunca*) a 5 (*Casi siempre*) puntos. El análisis factorial del CEA identificó que las estrategias de afrontamiento pueden ser activas (Pensamiento Positivo, Búsqueda de Apoyo Social, Búsqueda de Soluciones, Contabilización de Ventajas y Religiosidad) o evitativas (Culpación de Otros, Pensamiento Desiderativo, Represión Emocional, Autoculpación, Resignación y Escape). La interpretación del CEA a través de sus factores permite conocer de forma más restrictiva la tendencia con que el personal de enfermería a estudiar afronta la hostilidad en su ambiente de trabajo.

5. Cuestionario de Síntomas de Estrés

La elección de este Cuestionario ha sido influida, en parte, por su buena acogida en trabajos de índole semejante al de esta investigación, como es el caso de Manassero et al. (2003) y Latorre (2005).

Con una fiabilidad de .96 (Cronbach), el Cuestionario de Síntomas de Estrés es un instrumento que está constituido de 30 posibles síntomas donde la persona debe valorar, en una escala tipo Likert de 4 puntos, con qué frecuencia e intensidad los ha presentado cuando ha padecido una situación estresante (en nuestro caso el hostigamiento psicológico) o inmediatamente después de sufrirla.

3. Descripción de las variables del estudio

Se aplicó una amplia batería evaluativa, que permitió conocer, analizar y comparar los diferentes datos reportados por el personal de enfermería de Brasil y España y su relación con

el fenómeno estudiado. En este sentido, se evaluaron las siguientes variables: Sociodemográficas, hostigamiento percibido, estrategias de afrontamiento y síntomas de estrés. Las características de cada una de ellas pueden observarse en la tabla 5.

Tabla 5. Descripción de las variables del estudio

Variable	Tipo	Medida	Escala
Variable: sociodemográficas			
Instrumento: Cuestionario <i>ad hoc</i>			
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	Intervalo
Sexo	Cualitativa	Hombre - Mujer	Nominal
Estado civil	Cualitativa	Soltero, Casado, Separado/Divorciado	Nominal
Hijos	Cualitativa	Sí - No	Nominal, dicotómica e intervalo
Categoría profesional	Cualitativa	Enfermero/a, Auxiliar, Mandos Intermedios y Técnicos en enfermería ¹	Nominal
Años de ejercicio profesional	Cuantitativa	Meses cumplidos	Intervalo
Otros estudios	Cualitativa	Sí – No; y ¿Cuál?	Nominal, dicotómica e intervalo
Ayuda para formación	Cualitativa	Sí – No; y ¿Qué tipo?	Nominal, dicotómica e intervalo
Tiempo de trabajo en la institución	Cuantitativa	Meses cumplidos	Intervalo

Tabla 5 (continuación)

Variable	Tipo	Medida	Escala
Unidad de trabajo actual	Cualitativa	Urgencias, Cuidados intensivos, Hospitalización, Consultas, Laboratorios, Gabinetes...	Nominal
Tiempo trabajado en la unidad actual	Cuantitativa	Meses cumplidos	Intervalo
Tipo de contrato actual	Cualitativa	Indefinido y Temporal	
Tipo de jornada laboral	Cualitativa	Turno fijo (mañana, tarde o noche); Rodado (mañana, tarde y noche); Partido (mañana o tarde o noche); Días alternos	Brasil = Días alternos = fijo
Rotación laboral en los últimos 3 años	Cuantitativa	Cambio de servicio	Intervalo
Pluriempleo	Cualitativa	Sí – No	Nominal, dicotómica e intervalo
Grado de participación en la toma de decisiones	Cualitativa	Alto, Bajo, Nulo	Nominal
Deseo de abandonar la profesión	Cualitativa	Sí – No	Nominal, dicotómica e intervalo
Variable: Hostigamiento percibido			
Instrumento: Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo (HPT-R)			
Valoración del hostigamiento según la frecuencia de las conductas (35 ítems)	Cualitativa	0 = <i>Menos de una vez al mes</i> ; 1 = <i>Al menos una vez al mes</i> ; 2 = <i>Más de una vez al mes</i> ; 3 = <i>Al menos una vez a la semana</i> ; 4 = <i>Varias veces a la semana</i> ; 5 = <i>Una o más veces al día</i> .	Nominal tipo Likert

Tabla 5 (continuación)

Variable	Tipo	Medida	Escala
Valoración del hostigamiento según la intensidad de las conductas percibidas (35 ítems)	Cualitativa	Baja (<i>Menos de una vez al mes; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes</i>). Alta (<i>Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día</i>).	Nominal, dicotómica
Valoración del hostigamiento según el criterio de Leymann y tipo de conducta percibida de acuerdo con las conductas planteadas en el HPT-R	Cualitativa	Sí - No	Nominal, dicotómica e intervalo
Prevalencia de testigos y tipo de las conductas observadas, según el HPT-R	Cualitativa	Sí - No	Nominal, dicotómica e intervalo
Percepción de hostigamiento en la actualidad y procedencia de las conductas hostiles	Cualitativa	Sí – No Directores, Supervisores, Médicos, Compañeros, Otros	Nominal, dicotómica e intervalo
Valoración del tipo de conductas hostiles percibidas según los factores del HPT-R	Cualitativa	Humillación y Rechazo Personal; Desprestigio Profesional; Rechazo Profesional y Violación de la Intimidad; Degradación Profesional; Ninguneo-Aislamiento Profesional	Nominal

Tabla 5 (continuación)

Variable	Tipo	Medida	Escala
Variable: Estrategias de afrontamiento			
Instrumento: Cuestionario de Formas de Afrontamiento (CEA)			
50 Ítems formulados en forma de estrategias de afrontamiento Para este estudio seconsideraron 36 ítems	Cualitativa	1 = <i>Nunca</i> ; 2 = <i>Rara vez</i> ; 3 = <i>Algunas veces</i> ; 4 = <i>A menudo</i> ; 5 = <i>Casi siempre</i> , la mayoría de las veces	Nominal tipo Likert
Valoración de las estrategias de afrontamiento según los factores del CEA	Cualitativa	Pensamiento positivo; Culpación de Otros; Pensamiento Desiderativo; Búsqueda de Apoyo Social; Búsqueda de Soluciones; Represión Emocional; Contabilización de Ventajas; Religiosidad; Autoculpación; Resignación; Escape	Nominal
Variable: Síntomas de estrés			
Instrumento: Cuestionario de Síntomas de Estrés			
Valoración de los síntomas de estrés presentados por los encuestados, ante una situación de estrés Constituido por 31 ítems	Cualitativa	0 = <i>Nada en absoluto</i> ; 1 = <i>Un poco o ligeramente</i> ; 2 = <i>Bastante</i> ; 3 = <i>Muchísimo</i>	Nominal tipo Likert

4. Obtención de la muestra

La muestra se obtuvo una vez conocida la totalidad de profesionales que componían la plantilla de enfermería de las diferentes instituciones objetivo de estudio ($N = 1734$ en España y $N = 953$ en Brasil). Además de dar a conocer el número total de trabajadores, los servicios de Recursos Humanos de los referidos hospitales facilitaron la distribución por unidad/servicio y estamento de su personal. Este hecho ha permitido respetar la protección de

los datos personales de los trabajadores y obtener una mayor precisión en el cálculo de la muestra, puesto que ésta se ha calculado en función del número de trabajadores destinados en cada servicio, disminuyendo así la posibilidad de que un servicio o estamento estuviera poco representado o infravalorado.

Una vez conocido el universo de estudio, se estimó, con un intervalo de confianza del 95.0% y un error muestral del 5.0%, a partir de la fórmula (Larios, 1998) que se indica a continuación (Figura 8), que la muestra representativa para el estudio (n) es de 274 y 314 profesionales de enfermería en Brasil y España, respectivamente.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Dónde:

N - es el tamaño de la muestra

Z - es el nivel de confianza

p - es la variabilidad positiva

q - es la variabilidad negativa

E - es la precisión o el error

Figura 8. Fórmula utilizada para el cálculo muestral

Tras determinar la muestra representativa para cada país/hospital (n), ésta se estratificó con el propósito de que todos los servicios y/o estamentos estuvieran, en la medida de lo posible, representados.

Todos los participantes fueron voluntarios. Como prerequisite de inclusión, los integrantes del estudio tenían que haber trabajado en el servicio un mínimo de 4 semanas, con el fin de asegurar su exposición a los diferentes estresores laborales (Escribà et al., 2000), como por ejemplo el hostigamiento psicológico en el trabajo. Es importante resaltar que la confidencialidad fue garantizada a todos los encuestados, dado que en los cuestionarios no había ningún dato que los pudiera identificar.

5. Peculiaridades de la muestra

Resulta importante señalar las peculiaridades que caracterizan ambas muestras, puesto que podrían repercutir en los resultados de este estudio. Cabe destacar que además de las posibles diferencias sociodemográficas, laborales y culturales, las diferencias a nivel profesional merecen especial atención al plantearse una comparación entre el colectivo de enfermería brasileño y el español.

De acuerdo con lo establecido en la *Portaria* nº 1.721, de 15/12/1994 del Ministerio de Educação e Cultura do Brasil (MEC/BR), en su artículo 5º, la duración de los cursos de graduación en enfermería deberían tener una duración mínima de 4 años u 8 semestres, comprendiendo una carga lectiva de 3.500 horas/aula, incluidas las prácticas curriculares que tenían que estar supervisadas por un profesor.

Actualmente, la legislación vigente según con el *Parecer* CNE/CES nº 213/2008 del MEC/BR, establece que la obtención del título de enfermero/a queda condicionada a una formación académica mínima de 4.000 horas/aula distribuidas en 5 años naturales, donde también quedan incluidas las prácticas supervisadas.

En España, el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, estipula que el título universitario oficial de

diplomado tiene una duración de tres cursos, con una carga lectiva que oscila entre los 60 y los 90 créditos por curso. Asimismo, se determina, en este mismo real decreto, que un crédito equivale a 10 horas lectivas. No obstante, esta equivalencia puede ser alterada según criterio de cada universidad, lo que suele suceder para los créditos prácticos cursados en instituciones sanitarias. Así, y a modo de ejemplo, los créditos prácticos de las materias troncales cursados en instituciones sanitarias equivalen a 35 horas/crédito en el plan de estudios de la Diplomatura de enfermería de la Universitat de les Illes Balears (BOE de 18 de julio de 1997).

6. Procedimiento

6.1. Adaptación de los instrumentos

El Cuadernillo de Recogida de Datos (CRDs) utilizado en este trabajo de investigación había sido desarrollado en lengua castellana. Además, a excepción del Cuestionario de variables Sociodemográficas y Laborales, elaborado *ad hoc* para este estudio, todos los instrumentos habían sido previamente validados en población española, dos de ellos en enfermería, como es el caso del HPT-R y del CEA. El hecho de que el CRDs tuviera matriz española contribuyó en gran medida a la comprensión de los instrumentos en España. En contrapartida, este hecho implicaba un obstáculo para la población brasileña, una vez que el idioma oficial de este país es el portugués. En este sentido, con el objetivo de asegurar una comprensión homogénea en ambas poblaciones, el CRDs fue traducido del castellano al portugués por la investigadora principal. Dado la similitud entre los dos idiomas, se efectuaron relativamente pocos cambios en la traducción de las variables. El borrador del CRDs en portugués fue revisado por distintas personas del ámbito académico, todas ellas bilingües (portugués/castellano). Una vez concluida la traducción de los instrumentos al portugués, este segundo borrador volvió a ser revisado por otras personas también del ámbito

universitario, pero que no dominaban el idioma castellano, lo que dio paso a la traducción definitiva del CRDs administrado en Brasil.

6.2. Trabajo de campo

Previo al trabajo de investigación, se realizó un estudio piloto tanto en España como en Brasil, cuyo objetivo fue el de detectar dificultades en la interpretación o contestación de los instrumentos de pesquisa, por parte de los encuestados.

En España, el estudio piloto fue multidisciplinar, de forma que, 20 personas de diferentes profesiones contestaron la batería evaluativa. En este análisis preliminar, se pudo constatar, entre otras cosas, cierta dificultad en la interpretación/comprensión de la Escala de Dimensiones Causales Atributivas. También se observó que el tiempo de respuesta para la contestación de la batería evaluativa oscilaba entre los 20 y 30 minutos, lo que condicionaba a que el CRDs fuera contestado fuera del ámbito de trabajo.

Por otra parte, en Brasil, el estudio piloto fue realizado con personal de enfermería. Contestaron a los instrumentos 43 profesionales de diferentes estamentos de un pequeño hospital privado situado en el Estado de Minas Gerais, zona sureste del país.

La respuesta satisfactoria obtenida con el estudio piloto, en ambos países, dio paso al inicio de trabajo propiamente dicho.

La realización del trabajo de investigación fue precedida de una serie de contactos, que siguieron rigurosamente los protocolos requeridos por ambos centros.

Una vez concluida esta etapa y obtenido el beneplácito para la realización de la pesquisa por parte de los órganos oportunos (la gerencia, Comité de Ética y Pesquisa de ambos hospitales y, en el caso de Brasil, de la CONEP) se dio inicio a la divulgación de la misma de manera que la población laboral de los referidos centros tuviera conocimiento de la realización del estudio.

La entrega de los CRDs fue estandarizada para los dos hospitales de forma que los diferentes profesionales tuvieron, en la medida de lo posible, la misma información y el mismo trato. En este sentido, el equipo de investigación acudió a las diferentes unidades en días, horarios y turnos distintos, invitando, de forma aleatoria, al personal de enfermería presente en los turnos a participar en el estudio. Además de garantizar el total anonimato de los datos reportados, las personas que cumplían los criterios de inclusión recibieron información previa sobre los objetivos del trabajo y la importancia de la correcta contestación de los instrumentos utilizados en el mismo. Asimismo, los participantes recibieron un plazo de 5 días para la devolución de los referidos instrumentos, además de la información necesaria sobre cómo y dónde depositar los CDRs una vez contestados.

En España, se distribuyeron un total de 686 CRDs, puesto que el acentuado déficit en la devolución de los instrumentos de pesquisa, principalmente por parte del personal auxiliar, ponía en riesgo la representatividad de la muestra calculada previamente para este estudio ($n = 314$). Como elemento coadyuvante, se pudo constatar que una parte importante de los instrumentos devueltos estaban en blanco o a medio contestar. La mayor pérdida de datos se observó en la Escala de Dimensiones Causales Atributivas. Aunque el enunciado de dicho cuestionario había sido modificado tras el estudio piloto, para una mejor comprensión del mismo, la fiabilidad de la información se hacía dudosa, por lo que el equipo investigador optó por su exclusión tras analizar los datos. En este sentido, fueron considerados como válidos 285 CRDs, lo que representaba el 97.7% de la muestra calculada originalmente para este estudio.

Tras los percances presentados en la obtención de los datos en España, se decidió alterar la disposición de los instrumentos en el CRDs para su uso en Brasil. Así, la Escala de Dimensiones Causales Atributivas pasó a ocupar el quinto puesto en vez de el tercero, una vez que se observó que muchos de los encuestados en España dejaban de contestar el CRDs a

partir de este instrumento. Sin embargo, las pérdidas de material en Brasil también fueron elevadas, observándose un déficit acentuado en la devolución de los instrumentos. En este sentido, con el objetivo de asegurar la muestra calculada inicialmente para este colectivo ($n = 274$), fueron distribuidos un total de 513 CRDs de los cuáles retornaron 288 instrumentos. Aunque 14 CRDs estuvieron a medio contestar (más de un cuestionario en blanco), el total de CRDs considerados como válidos (274) cumplió las expectativas previas, siendo éstos representativos de la población brasileña a estudiar.

Pese a las pérdidas en la recolección de los Cuadernillos de Recogida de Datos, ambas muestras alcanzaron representatividad (Tabla 6), algo inusual en estudios de esta índole (Björkqvist et al., 1994; Niedl, 1996; Quine, 1999; Kivimäki et al., 2000).

Tabla 6. Resultados del trabajo de campo realizados en el HUSD e IPSEMG

Resultado del trabajo de campo						
Muestra calculada por país		Cuadernillo de Recogida de Datos (CDRs)				Muestra obtenida
		Distribuidos	Devueltos		Perdidos	
			Válidos	No válidos		
Brasil	274	513	274	14	225	274 (100%)*
España	314	686	285	47	354	285 (90.7%)*

*Porcentaje referente a la muestra obtenida sobre la muestra esperada

7. Análisis de los datos

Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 19 para Windows y el procesador de textos Excel versión 7 para Windows.

Se llevaron a cabo los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales entre las variables dependientes y su relación con el hostigamiento psicológico en el trabajo, las consecuencias o síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento presentadas por el personal de

enfermería de Brasil y España buscando, en la medida de lo posible, comparar los resultados de ambas muestras y conocer sus diferencias y/o similitudes, conforme se expone a continuación:

- Pruebas de normalidad y homocedasticidad de las variables a estudiar.
- Comparación de frecuencias absolutas, porcentajes y medias de variables sociodemográficas y laborales entre Brasil y España.
- Análisis de regresión logística binaria por pasos para determinar los efectos principales y de interacción de la percepción de hostigamiento entre variables sociodemográficas y laborales y la percepción de sentirse hostigado presentadas por el personal objetivo de estudio.
- Análisis de frecuencias absolutas, porcentajes y comparación de medias de variables consideradas en los cuestionarios “HPT-R”, “Estrategias de Afrontamiento” y “Consecuencias y Síntomas de Estrés”.
- Contraste de frecuencias y medias a través de la prueba Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney, de acuerdo con la necesidad del procedimiento.

En todos los análisis de datos realizados fue considerado un nivel de .05 como estadísticamente significativo.

V. Resultados

1. Pruebas de normalidad

Para asegurar la validez del procedimiento se analizaron previamente los supuestos del modelo estadístico normalidad y homocedasticidad de las variables continuas estudiadas (percepción de hostigamiento -HPT-R, consecuencias y síntomas de estrés y estrategias de afrontamiento) en todos y cada uno de los estratos o grupos que establecen las variables categóricas. Dado el tamaño de la muestra, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se pudo observar la asimetría de sus parámetros para la mayoría de las variables analizadas, tal y como se observa en la Tabla 7.

Una vez rechazada la hipótesis nula de normalidad y confirmada la heterogeneidad de la muestra se procedió al análisis de los datos utilizando para ello las pruebas no paramétricas.

Tabla 7. *Análisis de normalidad de la muestra*

Variable	Prueba de Kolmogorov-Smirnov	
	Brasil (<i>n</i> = 274)	España (<i>n</i> = 285)
Edad	1.388, <i>p</i> = .043	2.245, <i>p</i> = .000
Género	8.557, <i>p</i> = .000	8.693, <i>p</i> = .000
Hombres		
Mujeres		
Estado civil	4.102, <i>p</i> = .000	5.534, <i>p</i> = .000
Soltero		
Casado		
Divorciado/Separado		
Hijos	6.484, <i>p</i> = .000	6.107, <i>p</i> = .000
Sí		
No		
Años de ejercicio profesional	2.819, <i>p</i> = .000	2.388, <i>p</i> = .000
Tiempo trab. en la institución	3.897, <i>p</i> = .000	2.448, <i>p</i> = .000
Tiempo trab. en la unidad actual	2.758, <i>p</i> = .000	2.978, <i>p</i> = .000
Tipo de contrato	8.528, <i>p</i> = .000	6.676, <i>p</i> = .000
Fijo		
Temporal		
Participación en la toma de decisiones	3.994, <i>p</i> = .000	3.833, <i>p</i> = .000
Alta		
Baja		
Nula		
Deseos de abandonar la profesión	6.453, <i>p</i> = .000	7.020, <i>p</i> = .000
Sí		
No		

2. Características de la muestra de los profesionales de enfermería de Brasil y España

La muestra está compuesta por 556 profesionales de enfermería siendo 285 españoles(as) y 274 brasileños(as), lo que representa un porcentaje de respuesta superior al 90.0% del originalmente calculado para este estudio. Las variables analizadas en este apartado son de índole sociodemográfica (edad, género, estado civil, tenencia o no de hijos) y laborales (años de ejercicio profesional, tiempo trabajado en la institución, unidad de trabajo actual, tiempo trabajado en la unidad actual, tipo de contrato, tipo de jornada laboral, rotación laboral en los últimos 3 años, pluriempleo, participación en la toma de decisiones y deseo de abandonar la profesión), conforme se presenta a continuación (Tabla 8).

Tabla 8. Características de la muestra de Brasil y España

Variables del estudio	Brasil (N = 274)	España (N= 285)	Brasil M (DE)	España M (DE)	Estadístico
	n (%)	n (%)			
Edad			39.5 (10.03)	38.8 (10.21)	$U = 39.776, p = .318$
Género					
Hombres	38 (13.9)	41 (14.4)			$\chi^2 (1, 559) = .031, p = .861$
Mujeres	236 (86.1)	244 (85.6)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Estado civil					
Soltero	100 (36.5)	105 (36.8)			$\chi^2 (2, 559) = 14.004, p = .001$
Casado	129 (47.1)	161 (56.5)			
Divorciado/ Separado	45 (16.4)	19 (6.7)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Hijos					
Sí	164 (59.9)	131 (46.0)			$\chi^2 (1, 559) = 10.813, p = .001$
No	110 (40.1)	154 (54.0)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Años de ejercicio profesional			12.24 (9.12)	14.14 (10.45)	$U = 30.587.00, p = .003$
Tiempo trabajado en la Institución			8.21 (7.42)	12.40 (9.56)	$U = 24.274.00, p = .000$
Unidad de trabajo					
G1*	36(13.1)	78 (27.5)			$\chi^2 (2, 559) = 24.537, p = .000$
G2*	95 (34.7)	109 (38.0)			
G3*	143 (52.2)	98 (34.5)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Tiempo trabajado en la unidad actual			5.02 (4.90)	7.22 (7.52)	$U = 34.421.50, p = .001$

*G1= Gabinetes, Consultas, Hosp. de día, Laboratorio, Esterilización, Radiología y Mandos intermedios; G2=Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias, Reanimación, Diálisis y Quirófanos; G3= Hospitalización

Tabla 8 (continuación)

Variables del estudio	Brasil (N= 274)	España (N= 285)	Brasil M (DE)	España M (DE)	Estadístico
	n (%)	n (%)			
Tipo de contrato					
Permanente	257 (93.2)	113 (39.0)			$\chi^2 (1, 559) = 170.588, p = .000$
Temporal	17 (6.8)	172 (61.0)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Tipo de jornada laboral					
Fijo	274 (100)	84 (29.2)			$\chi^2 (2, 559) = 303.106, p = .000$
Rotatorio		199 (70.1)			
Partido		2 (0.7)			
Total		285 (100)			
Rotación laboral en los últimos 3 años					
1 unidad	195 (71.1)	187 (65.6)			$\chi^2 (3, 559) = 44.574, p = .000$
2 unidades	51 (18.6)	40 (14.0)			
3 unidades	19 (6.9)	17 (6.0)			
4 o más unidades	9 (3.3)	41 (14.4)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Pluriempleo					
Sí	82 (29.9)	32 (11.2)			$\chi^2 (1, 559) = 30.087, p = .000$
No	192 (70.1)	253 (88.8)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Participación en la toma de decisiones					
Alta	60 (21.9)	99 (34.7)			$\chi^2 (2, 559) = 20.383, p = .000$
Baja	112 (40.9)	125 (43.9)			
Nula	102 (37.2)	61 (21.4)			
Total	274 (100)	285 (100)			
Deseos de abandonar la profesión					
Sí	111 (40.5)	101 (35.4)			$\chi^2 (1, 559) = 1.527, p = .217$
No	163 (59.5)	184 (64.6)			
Total	274 (100)	285 (100)			

Aunque las variables anteriormente citadas y sus resultados puedan ser apreciadas en la Tabla 8, se consideró oportuno también presentarlos en forma de gráficos, puesto que aportan una información ampliada de los resultados obtenidos.

2.1. Variables sociodemográficas

2.1.1. Franja de edad del personal de enfermería de Brasil y España

Puesto que estudios previos asocian la percepción de hostigamiento a determinadas franjas de edades, se agrupó esta variable por décadas, de forma que los resultados expuestos son referentes a frecuencia de edades de: menor o igual a 30 años, 31 – 40 años, 41 – 50 años y mayores de 50 años.

Los análisis de frecuencias evidenciaron que el 22.6% del personal de enfermería brasileño y el 27.7% de los profesionales españoles encuestados informaron tener una edad inferior o igual a 30 años, mientras que el 38.7% y el 31.6% de los profesionales en cuestión indicaron una edad entre 31 y 40 años, respectivamente. Por otra parte, el 22.3% y el 25.3% de la muestra brasileña y española, respectivamente, señalaron una edad comprendida entre los 41 y los 50 años. Por último, sólo el 16.4% del personal encuestado en Brasil y el 15.4% los profesionales españoles indicaron edades superiores a los 50 años (Figura 9).

Aunque se observen diferencias en las distintas franjas de edad, el *post-hoc* Chi-cuadrado no mostró diferencias significativas en la frecuencia de los grupos de edad analizados, $\chi^2(3, 559) = 4.062, p = .255$.

De acuerdo con los análisis descriptivos, la media de edad de ambas muestras es de 39.5 años ($DE = 10.16$) en Brasil y 38.8 ($DE = 10.23$) en España, con un rango comprendido entre los 21 y los 68 años y entre los 22 y los 63 años, respetivamente.

El análisis de comparación de medias de Mann-Whitney tampoco evidenció diferencias significativas entre los grupos estudiados ($U = 39.776.50$, $p = .318$), lo que pone en evidencia que el personal de enfermería encuestado en Brasil y en España posee edades similares.

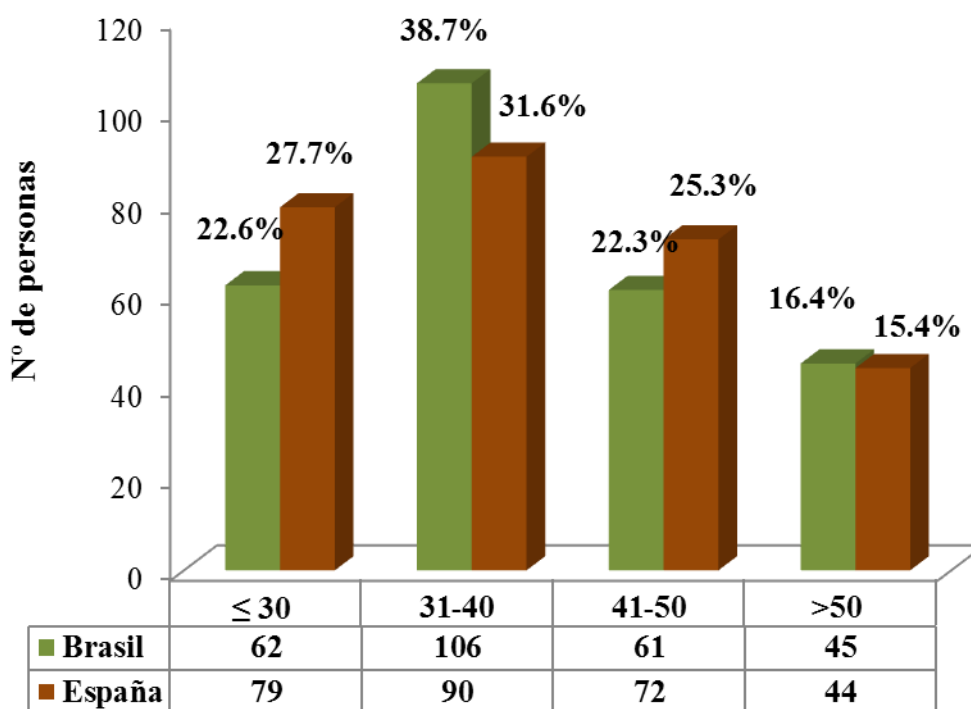


Figura 9. Edad de la muestra por décadas

2.1.2. Diferencia de género del personal entre el enfermería de Brasil y España

Cuanto a la variable género, los análisis de frecuencia pusieron de manifiesto que el 86.1% personal de enfermería de Brasil pertenece al género femenino, de la misma forma que el 85.6% del personal de enfermería español. Sólo el 13.9% y el 14.4%, respectivamente, de los profesionales encuestados pertenecían al género masculino (Figura 10). Así, el análisis Chi-cuadrado no evidenció diferencias significativas en la frecuencia de los datos aportados por ambos grupos de estudio, $\chi^2 (1, 559) = .031$, $p = .861$, lo que pone de manifiesto que ambas muestras son estadísticamente semejantes en esta variable.

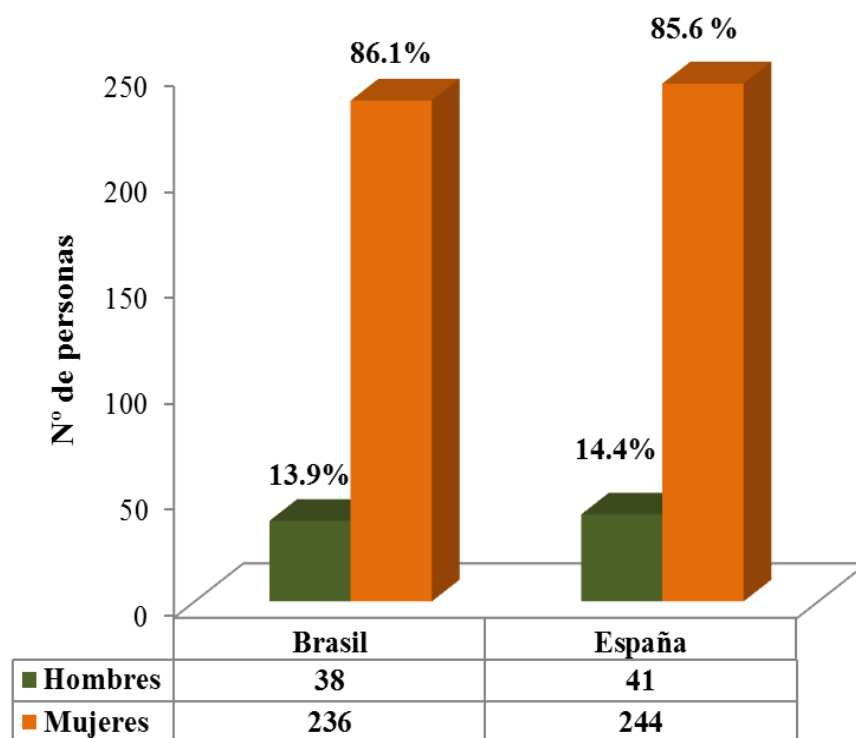


Figura 10. Predominancia del género en la muestra estudiada

2.1.3. Estado civil del personal de enfermería de Brasil y España

Respecto al estado civil reportado por los encuestados, los análisis de frecuencias evidenciaron que el 36.5% y el 36.8% de los profesionales de enfermería de Brasil y España, respectivamente, estaban solteros. Por otra parte, los datos también ponen de manifiesto que el 47.1% de los profesionales brasileños informaron poseer pareja estable, de la misma forma que el 56.5% de los profesionales españoles encuestados. No obstante, el 16.4% de los profesionales de enfermería brasileños indicaron estar separados o divorciados, frente al 6.7% de los profesionales españoles (Figura 11). En este sentido, el *post-hoc* realizado a través de la prueba Chi-cuadrado muestra diferencias significativas en la frecuencia de los datos aportados por los grupos de estudio, $\chi^2 (2, 559) = 14.004, p = .001$, reflejando así, que ambas muestras son estadísticamente distintas en esta variable.

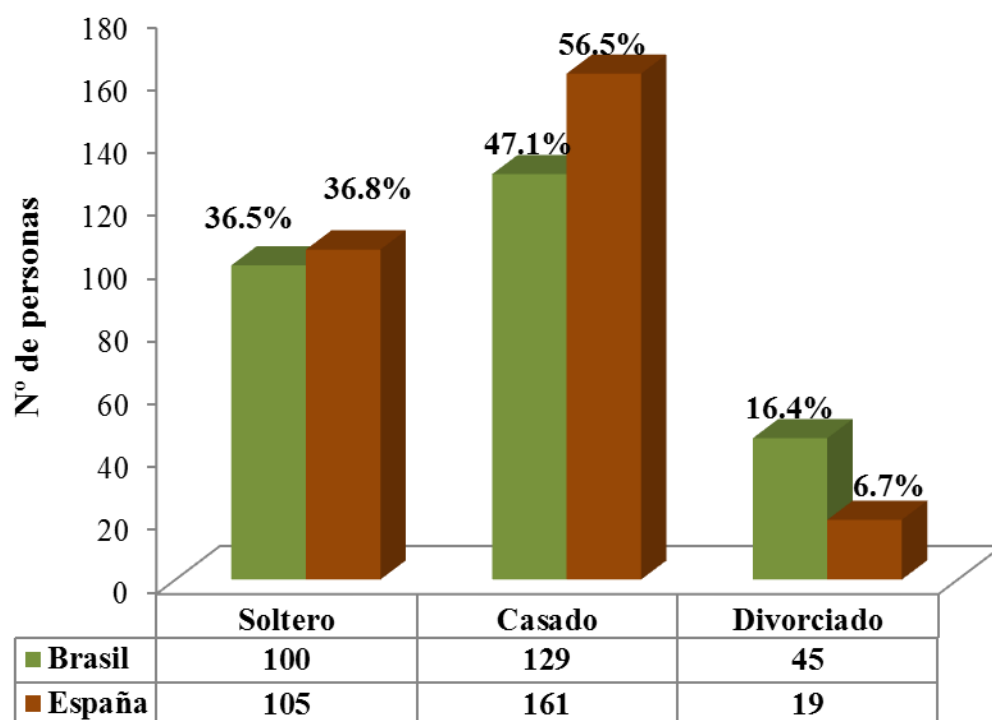


Figura 11. Estado civil reportado por el personal de enfermería de Brasil y España

2.1.4. Tenencia o no de hijos del personal de enfermería de Brasil y España

Referente a la tenencia o no de hijos en las muestras estudiadas, los análisis estadísticos evidenciaron que el 59.9% del personal de enfermería brasileño reportaron tener hijos, mientras que en España, este porcentaje descendió al 46.0% (Figura 12). En este sentido, el estadístico Chi-cuadrado mostró diferencias significativas en la frecuencia de los datos aportados por el personal de enfermería estudiado, $\chi^2 (1, 559) = 10.813, p = .001$, poniendo en evidencia que ambas poblaciones son estadísticamente diferentes en esta variable.

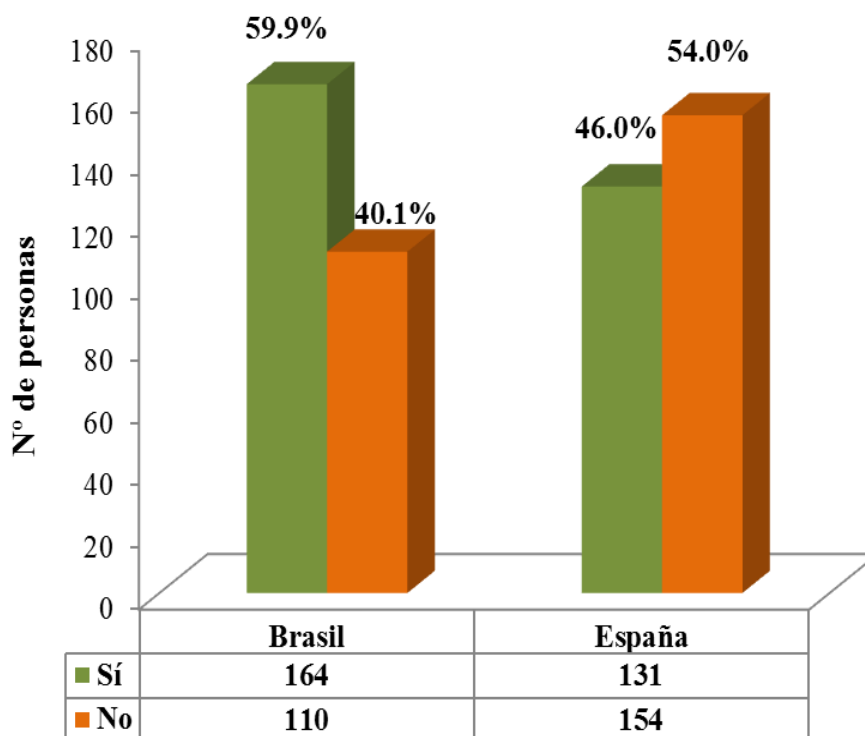


Figura 12. Tenencia de hijos señalado por el personal de enfermería de Brasil y España

2.2. Variables laborales analizadas

2.2.1. Caterogia profesional del personal de enfermería de Brasil y España

De acuerdo con los análisis realizados, el personal de enfermería encuestado en Brasil estuvo constituido mayormente por personal auxiliar (41.6%) y técnicos de enfermería (40.1%), mientras que los enfermeros/as representaron sólo en 18.2% de la muestra. En contrapartida, en España, los titulados en enfermería se destacaron como mayoría (65.3%), siendo, en este caso, los auxiliares de enfermería (26.0%) el grupo que menor tasa de respuesta aportó. El 8.8% de los profesionales españoles encuestados ejercían cargos de jefía, clasificándolos como mandos intermedios (Figura 13).

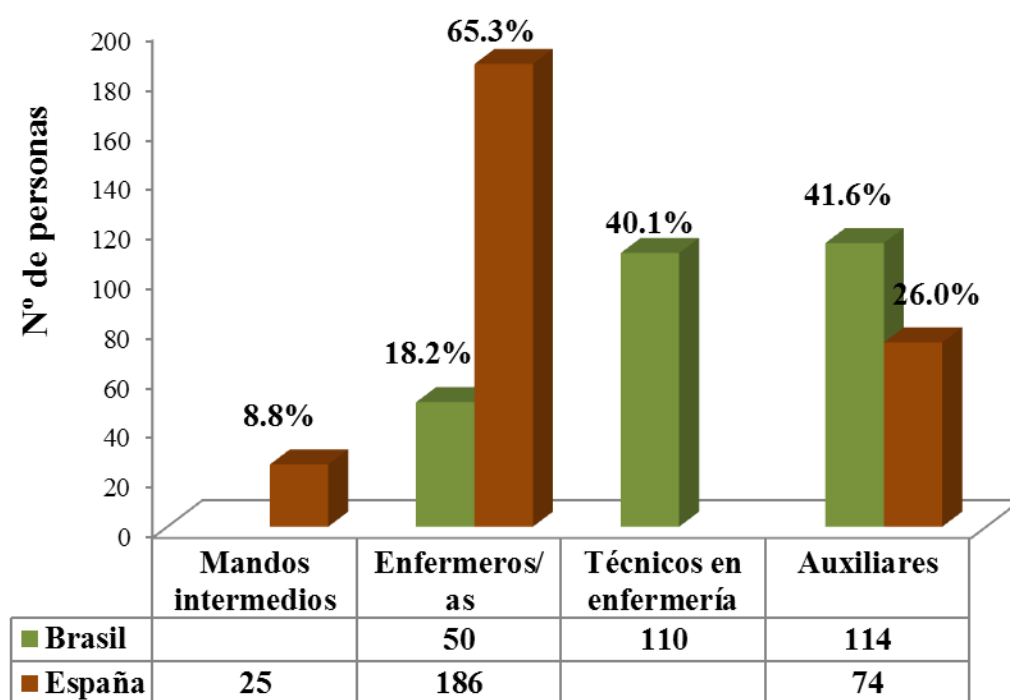


Figura 13. Categoría profesional del personal de enfermería de Brasil y España

Por otra parte, resulta pertinente destacar que de los 274 profesionales de enfermería encuestados en Brasil, sólo 59 personas (21.5%) indicaron poseer formación universitaria, mientras que el resto (78.5%) poseía un grado de estudio elemental o de nivel medio, como es el caso de los auxiliares y técnicos en enfermería.

Del 21.5% que indicó tener una formación universitaria, el 18.2% eran enfermeros y ejercían funciones de supervisión. El resto (3.3%) también eran graduados en enfermería, aunque aguardaban promoción interna de auxiliar a enfermeros/as.

En contrapartida, de los 285 profesionales de enfermería encuestados en España la mayoría (74.0%) poseía formación universitaria, mientras que el 26.0% reportó una formación elemental o formación técnica en otras áreas (Figura 14).

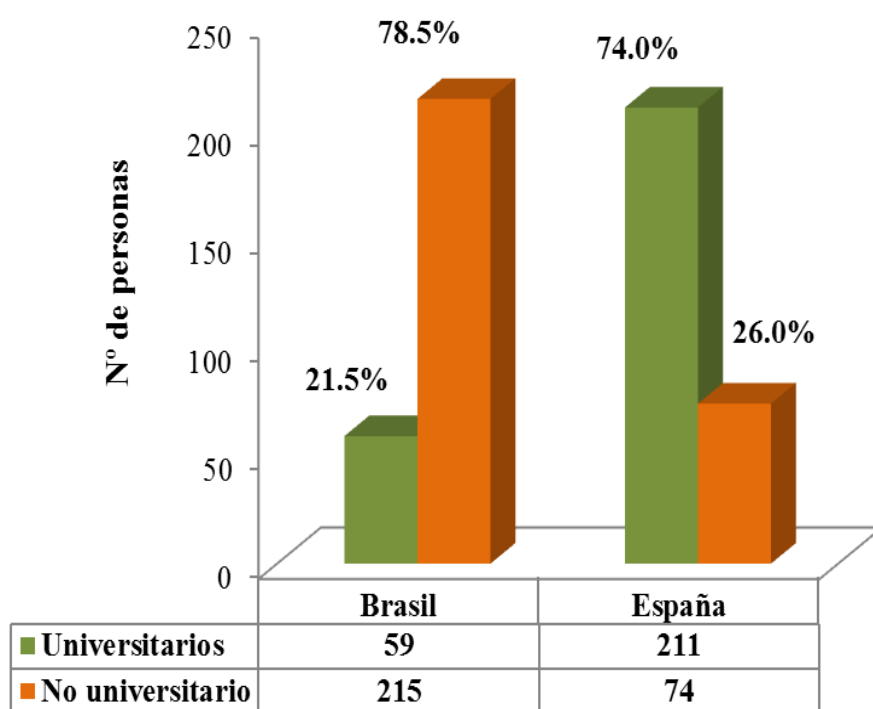


Figura 14. Grado de formación académica reportada por el personal de enfermería de Brasil y España

2.2.1.1. Diferencias de género según la categoría profesional

Según los resultados del análisis de frecuencias, el género femenino ha predominado en todos los estamentos analizados, tanto en Brasil como en España. Así, de los 50 enfermeros encuestados en Brasil el 96.0% pertenecía al género femenino. Asimismo, el 82.5% de los auxiliares y el 85.5% de los técnicos en enfermería también eran mujeres. En España, aunque la población masculina superó en número a la brasileña, las mujeres representaron el 83.3% de la muestra de enfermeros/as, el 94.6% de los auxiliares y el 76.0% de los mandos intermedios (Figura 15).

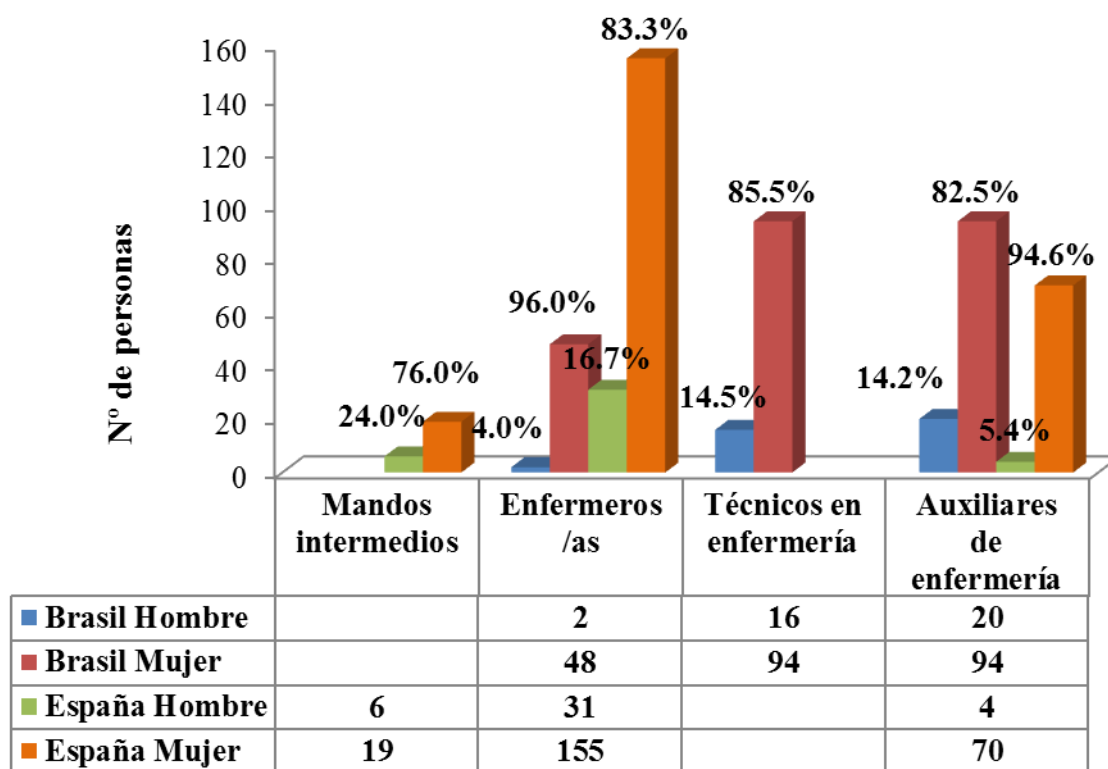


Figura 15. Diferencias de género según la categoría profesional de los encuestados en Brasil y España

2.2.2. Años de ejercicio profesional de las muestras estudiadas

Para una mejor valoración de la variable “Años de ejercicio profesional” se optó por agruparla por lustros. De esta forma, la antigüedad profesional reportada por el personal de enfermería brasileño y español fue analizada siguiendo los siguientes grupos: menor o igual a 5 años, con más de 5 hasta los 10 años, con más de 10 hasta 15 años, con más de 15 hasta 20 años y los que superaban los 20 años de ejercicio profesional (Figura 16).

De acuerdo con los análisis de frecuencia, se observó que el 24.1% de los profesionales de enfermería en Brasil presetaban entre 1 y 5 años de ejercicio profesional, mientras que el 32.1% informaron una experiencia profesional de hasta 10 años. El 16.4% y el 8.4% de los profesionales en cuestión reportaron tener una experiencia profesional entre 10.1 y 15 años y entre 15.1 y 20 años, respectivamente. El 19.0% de dichos profesionales indicaron haber trabajado más de 20 años en la profesión. En España, el 15.1% de los profesionales de

enfermería señalaron tener entre 1 y 5 años de ejercicio profesional, mientras que el 26.7% y el 20.4% indicaron haber trabajado entre 5.1 y 10 años y entre 10.1 y 15 años, respectivamente. El 9.8% de los trabajadores tenían entre 15.1 y 20 años de experiencia profesional, mientras que el 28.1% de los profesionales de enfermería española indicaron tener más de 20 años trabajados. En este sentido, el estadístico Chi-cuadrado evidenció que la experiencia profesional fue significativamente diferente entre los encuestados de Brasil y España, $\chi^2 (4, 559) = 13.590, p = .009$.

La antigüedad profesional media del personal de enfermería de Brasil y España fue de 12.24 años ($DE = 9.12$) y 14.14 años ($DE = 10.45$), respectivamente. En este sentido, al igual que en el análisis de frecuencias, la comparación de medias también evidenció diferencias significativas respecto a la antigüedad profesional reportada por ambas muestras, ($U = 30.587.00, p = .003$).

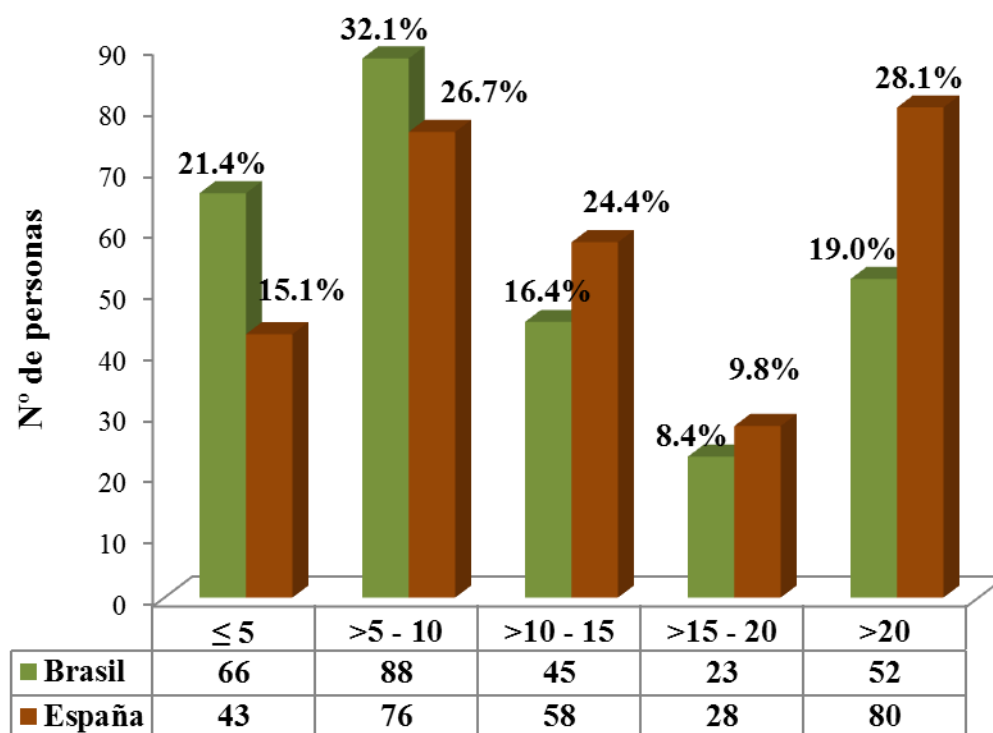


Figura 16. Años de ejercicio profesional por lustros

2.2.3. Tiempo trabajado en la institución por el personal de enfermería de Brasil y España

A igual que en la variable anterior, el “Tiempo de trabajo en la institución” también se dividió por lustros, para una mejor valoración estadística. Así, los datos aportados por el personal de enfermería brasileño y español, referente a esta variable, fueron analizadas siguiendo los siguientes grupos: menor o igual a 5 años, con más de 5 hasta 10 años, con más de 10 hasta 15 años, con más de 15 hasta 20 años y con más de 20 años de ejercicio profesional (Figura 17).

Los análisis de frecuencia pusieron en evidencia que el 37.6% de los profesionales de enfermería brasileños poseían entre 1 y 5 años de antigüedad profesional en el Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), mientras que el 36.1% y el 12.0% presentaban entre 5.1 y 10 años y entre 10.1 y 15 años, respectivamente. El 6.9% indicaron entre 15.1 y 20 años de trabajo en dicha institución, y el 7.3% señalaron trabajar ha más de 20 años en el IPSEMG. Por otra parte, en España, el 30.2% de los profesionales de enfermería informaron haber trabajado entre 1 y 5 años en el Hospital Universitario Son Dureta (HUSD), actual Hospital Universitario Son Espases, mientras que el 16.8% y el 20.4% trabajaban entre 5.1 y 10 años y 10.1 y 15 años respectivamente. El 11.9% indicaron una antigüedad en el HUSD entre los 15.1 y los 20 años, y el 20.7% señalaron más de 20 años trabajados en dicha institución. Así, el *post-hoc* Chi cuadrado puso de manifiesto diferencia significativas entre el tiempo trabajado por el personal de enfermería de Brasil y España en sus respectivas instituciones, $\chi^2 (4, 559) = 49.392, p = .000$.

La media de la antigüedad profesional en la institución fue de 8.21 años ($DE = 7.42$) en Brasil, mientras que en España la antigüedad en la institución ascendió a 12.40 años ($DE = 9.56$). De esta forma, el *post-hoc* de Mann-Whitney puso de manifiesto que los profesionales

de enfermería brasileños y españoles también si difieren significativamente en esta variable ($U = 24.274.00, p = .000$).

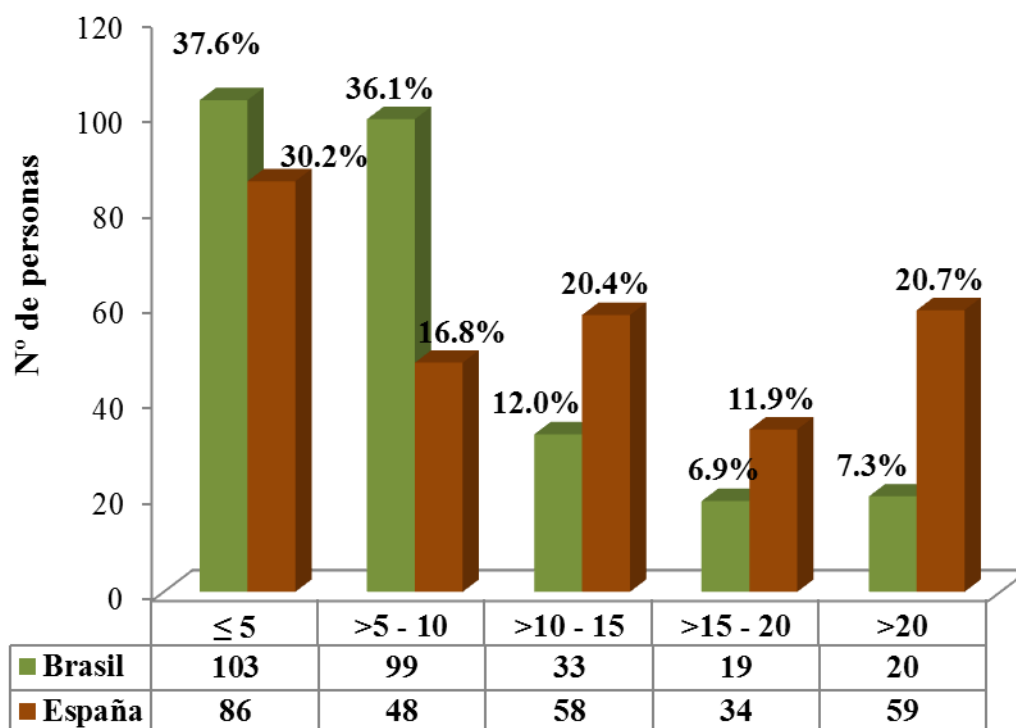
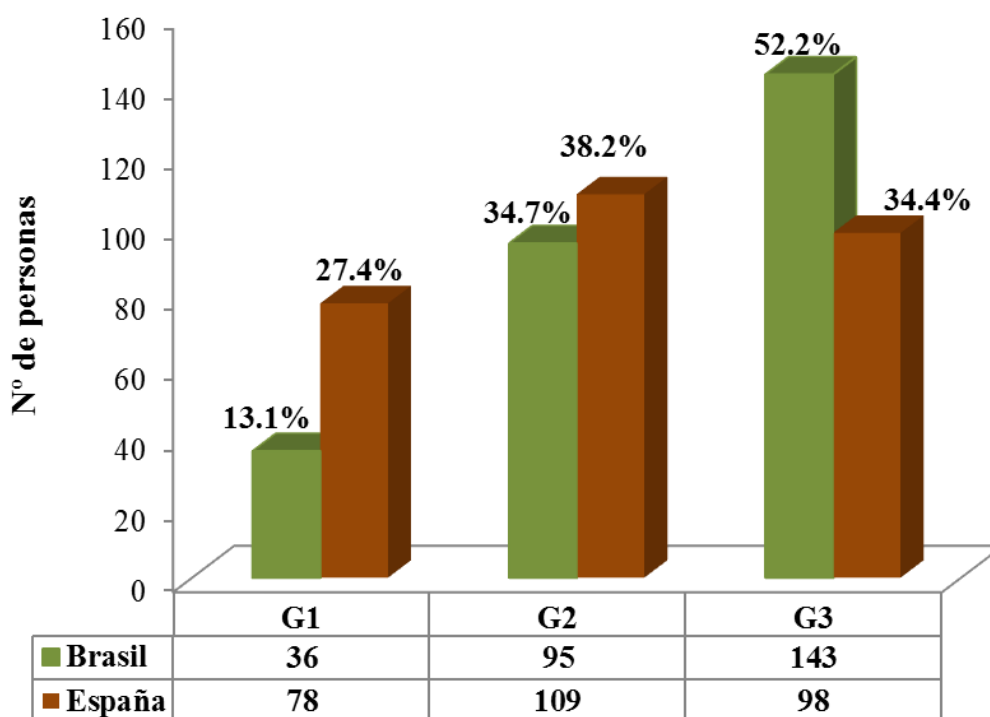


Figura 17. Tiempo trabajado en la institución por lustros

2.2.4. Unidad de trabajo actual de los encuestados

Para una mejor comprensión y análisis de los datos, la variable “Unidad de trabajo actual” de los encuestados fue fraccionada en 3 grupos distintos. Así, el Grupo 1 (G1) hace referencia a los trabajadores cuyos contactos con los pacientes son esporádicos o de corta duración. En este sentido, el G1 está compuesto por trabajadores de los Gabinetes, áreas de Consultas Externas, Hospital de día, Laboratorios y Servicio de Radiología. Además, en este grupo se incluyeron los trabajadores de los Servicio de Esterilización y los Mandos Intermedios. Por otra parte, el Grupo 2 (G2) incluyen a los profesionales de los Servicios de Cuidados Intensivos (UCIs), Urgencias (URGAs), Servicios de Reanimación, Diálisis y Quirófanos. Por último, el Grupo 3 está constituido por el personal de enfermería del Servicio de Hospitalización.

De acuerdo con los análisis de frecuencias, los trabajadores del G1 representaron el 13.1% y el 27.5% del personal de enfermería encuestado en Brasil y España respectivamente. En esta misma línea, el 34.7% de los profesionales brasileños y el 38.0% de los españoles pertenecían a las áreas de trabajo que constituían el G2. Por otra parte, el 52.2% del personal de enfermería brasileño trabajaba en los servicios de hospitalización, mientras que en España el porcentaje fue del 34.5% (Figura 18). En este sentido, el estadístico Chi-cuadrado evidenció diferencias significativas entre los profesionales de enfermería de Brasil y España para esta variable, $\chi^2 (2, 559) = 24.537, p = .000$.



G1: Gabinetes, Consultas Externas, Hospital de Día, Laboratorios, Serv. de Radiología, Esterilización y Mandos Intermeros
 G2: Servicios de Cuidados Intensivos, Urgencias, Reanimación, Diálisis y Quirófanos
 G3: Servicio de Hospitalización

Figura 18. Unidad de trabajo actual por grupos reportada por el personal de enfermería de Brasil y España

2.2.5. Tiempo trabajado en la unidad actual

Respecto al tiempo de trabajo en la unidad actual, el personal de enfermería brasileño presentó una media de 5.02 años ($DE = 4.90$). Sin embargo, en España, la media en años trabajados en la unidad actual alcanzó los 7.22 años ($DE = 7.52$). Así, el *post-hoc* de Mann-Whitney también evidenció diferencias significativas entre el personal de enfermería brasileño y español ($U = 34.421.50, p = .001$).

2.2.6. Tipo de contrato laboral en personal de enfermería de Brasil y España

Aunque la variable tipo de contrato laboral presentara un formato inicial distinto en España (funcionario, contrato de interino, temporal ubicado, temporal pull) y Brasil (indefinido y contrato de experiencia) las diferencias entre ambos países nos llevó a agruparlos como personal de contrato indefinido (con plaza en propiedad) y temporales (todos los demás contratos que no fueran indefinidos).

El 93.2% de los profesionales de enfermería encuestados en Brasil indicaron poseer un contrato indefinido, mientras que en España sólo el 39.0% reportaron esta estabilidad laboral. De esta forma, sólo el 6.8% de los profesionales brasileños señalaron tener contrato laboral temporal en el momento del estudio. En contrapartida, la inestabilidad laboral entre el personal español fue del 61.0% (Figura 19). De este modo, la comprobación de las frecuencias reportadas por el estadístico Chi-cuadrado puso de manifiesto que ambas muestras son estadísticamente diferentes en lo que se refiere al tipo de contrato del personal objetivo de estudio, $\chi^2(1, 559) = 170.588, p = .000$.

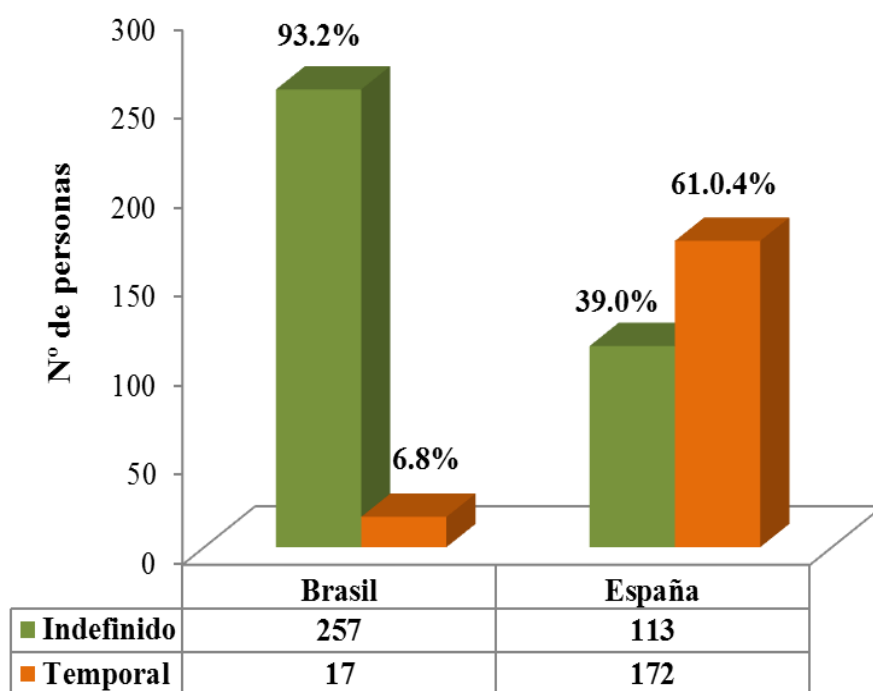


Figura 19. Tipo de contrato laboral del personal de enfermería de Brasil y España

2.2.7. Tipo de jornada laboral del personal de enfermería objeto de estudio

En lo que se refiere al tipo de jornada laboral del personal de enfermería objetivo de estudio, los análisis de frecuencia mostraron que el 100% de los profesionales brasileños trabajan con jornadas fijas, más específicamente, por días o noches alternas. En cambio, los profesionales españoles trabajan en su mayoría por turnos. Así, el 29.2% de los profesionales españoles encuestados indicaron tener turnos de trabajo fijos, mientras que el 70.1% reportaron trabajar en régimen de turno rotatorio (mañanas, tardes y noches). Sólo el 0.7% de los profesionales españoles señalaron el turno partido (mañana y tarde) como jornada laboral (Figura 20). Así, el estadístico Chi-cuadrado, al igual que en variables anteriores, evidenció que ambas muestras son estadísticamente distintas en esta variable, $\chi^2 (2, 559) = 303.106, p = .000$.

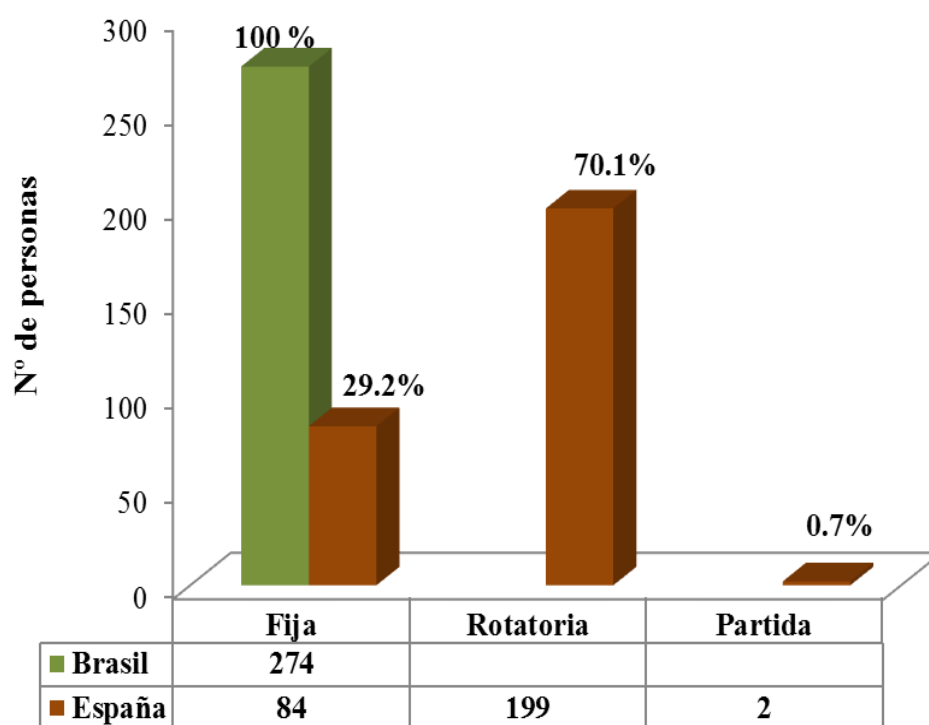


Figura 20. Tipo de jornada laboral del personal de enfermería objeto de estudio

2.2.8. Pluriempleo en personal de enfermería de Brasil y España

El 29.9% del personal de enfermería encuestado en Brasil indicó tener otro trabajo, además del trabajo en cuestión, mientras que en España este porcentaje fue sólo del 11.2% (Figura 21). Por lo tanto, también en esta variable, el análisis de frecuencias Chi-cuadrado indicó que las muestras encuestadas en los dos países son estadísticamente diferentes entre sí, $\chi^2 (1, 559) = 30.087, p = .000$.

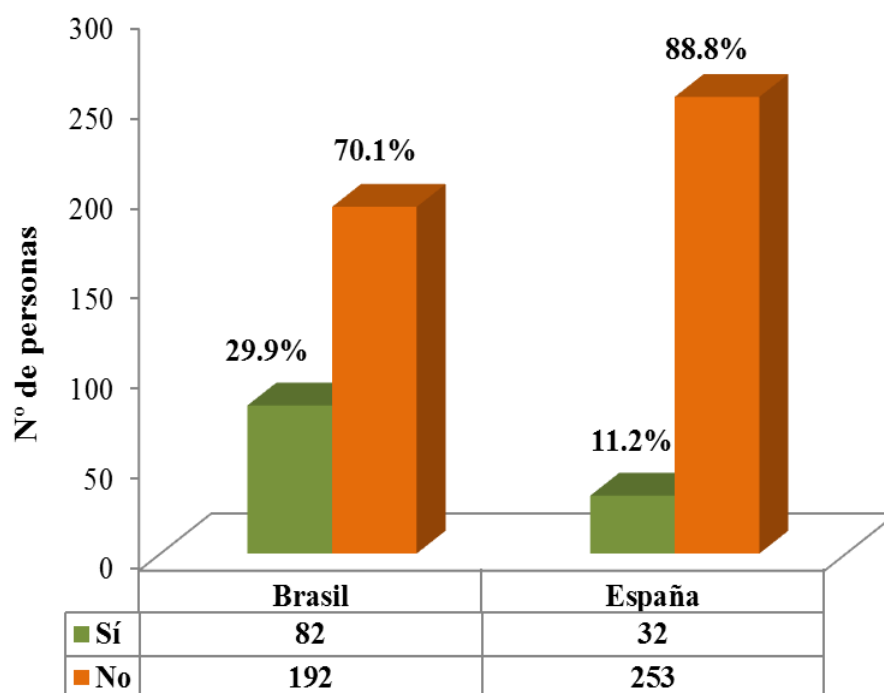


Figura 21. Pluriempleo en las muestras estudiadas

Resulta interesante resaltar que no se observó diferencias significativas entre los diferentes estamentos en cuanto a la tenencia o no de pluriempleo. Así, en Brasil, tanto los enfermeros como los auxiliares y técnicos en enfermería trabajan en otras instituciones en proporciones iguales, $\chi^2 (2, 274) = 1.249, p = .535$. Lo mismo ocurre con el personal de enfermería español, $\chi^2 (2, 285) = 2.659, p = .265$.

2.2.9. Participación en la toma de decisiones reportada por el personal de enfermería de Brasil y España

Respecto a la participación en la toma de decisiones reportada por el personal de enfermería encuestado, los análisis de frecuencia indicaron que el 21.9% de los profesionales brasileños y el 34.7% de los profesionales españoles indicaron una elevada participación en la toma de decisiones en su unidad de trabajo. Por otra parte, el 40.9% y el 43.9% de la enfermería encuestada en Brasil y España, respectivamente, señalaron una baja

participación, mientras que el 37.2% y el 21.4% informaron no participar en las decisiones tomadas en su unidad/servicio (Figura 22). Así, en consonancia con los resultados anteriores, la prueba Chi-cuadrado pone de manifiesto que el personal de enfermería objetivo de estudio es significativamente distinto en esta variable, $\chi^2 (2, 559) = 20.383, p = .000$.

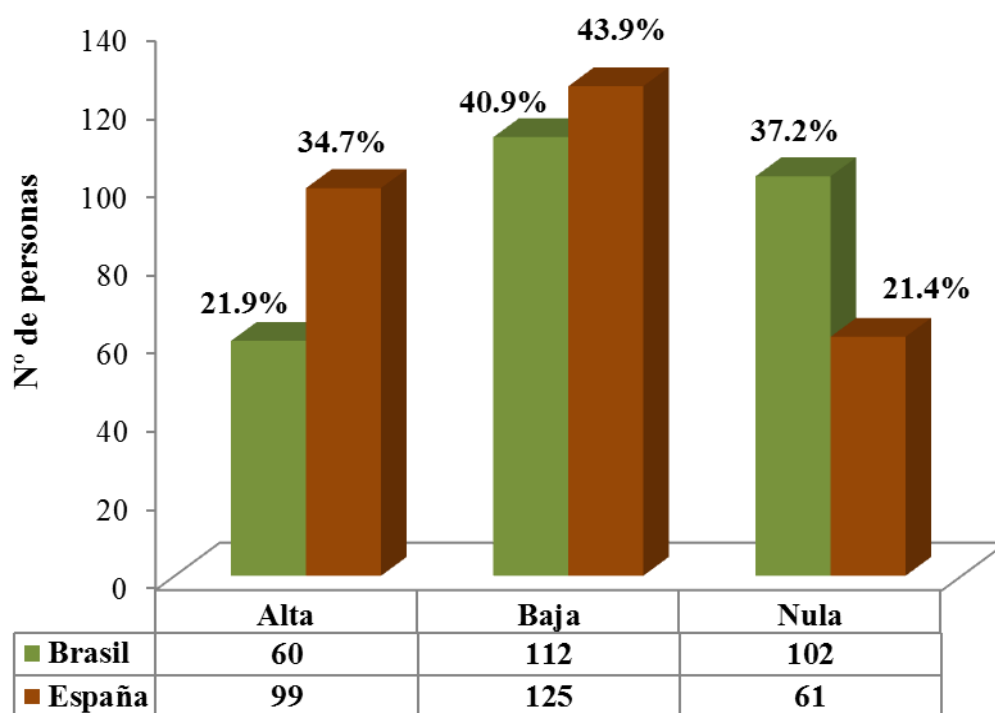


Figura 22. Grado de participación en la toma de decisiones por el personal de enfermería objeto de estudio

Por otra parte, también se observaron diferencias significativas en la percepción de la participación en la toma de decisiones entre los diferentes estamentos estudiados. En este sentido, los enfermeros/as brasileños señalaron una elevada participación en la toma de decisiones comparada con los técnicos, que a su vez indicaron participar más en la toma de decisiones que los auxiliares, $\chi^2 (4, 274) = 66.579, p = .000$. En consonancia con los resultados anteriores, en España también se constató diferencias significativas en dicha variable y las diferentes categorías profesionales. Así, los mandos intermedios reportaron una elevada participación en la toma de decisiones comparada con los enfermeros/as, que a su vez

señalaron participar más en la toma de decisiones que los auxiliares de enfermería, $\chi^2 (4, 285) = 40.366, p = .000$ (Figura 23).

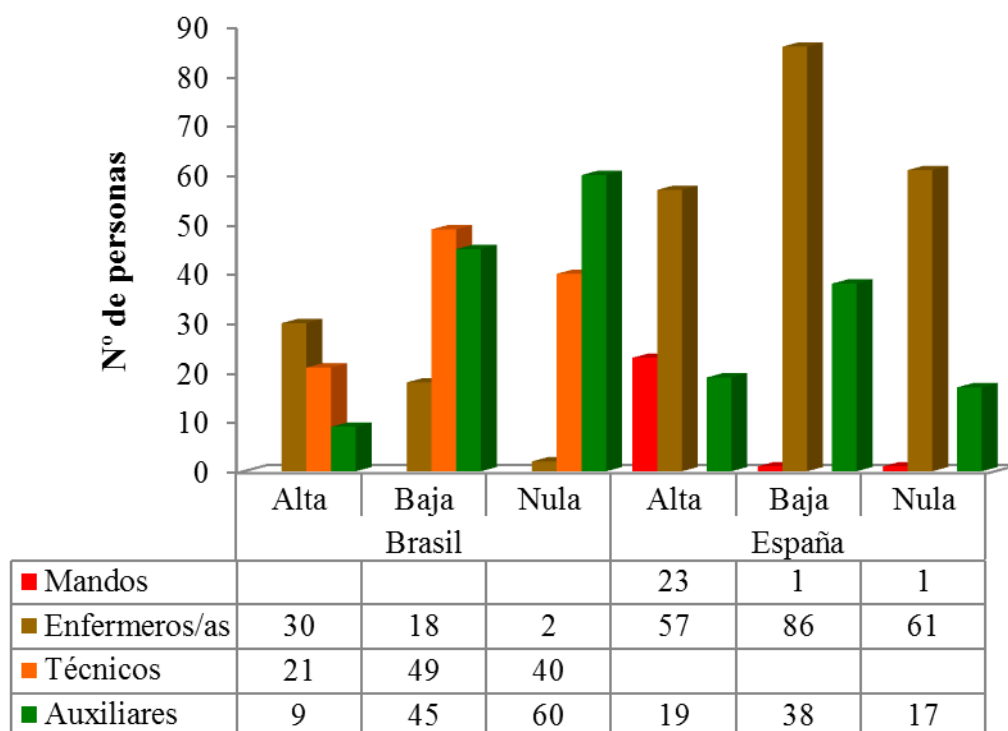


Figura 23. Percepción de la participación en la toma de decisiones según la categoría profesional

2.2.10. Deseo de abandonar la profesión en personal de enfermería de Brasil y España

Los análisis de frecuencias evidenciaron que, en el momento del estudio el 40.5% de los profesionales de enfermería brasileños deseaban abandonar su profesión, mientras que en España este porcentaje descendió al 35.4% (Figura 24).

Al contrario de las variables anteriores, el deseo de abandonar la profesión fue similar en los dos países. Así, el *post-hoc* Chi-cuadrado no mostró diferencias significativas entre ambas muestras para esta variable, $\chi^2 (1, 559) = 1.527, p = .217$.

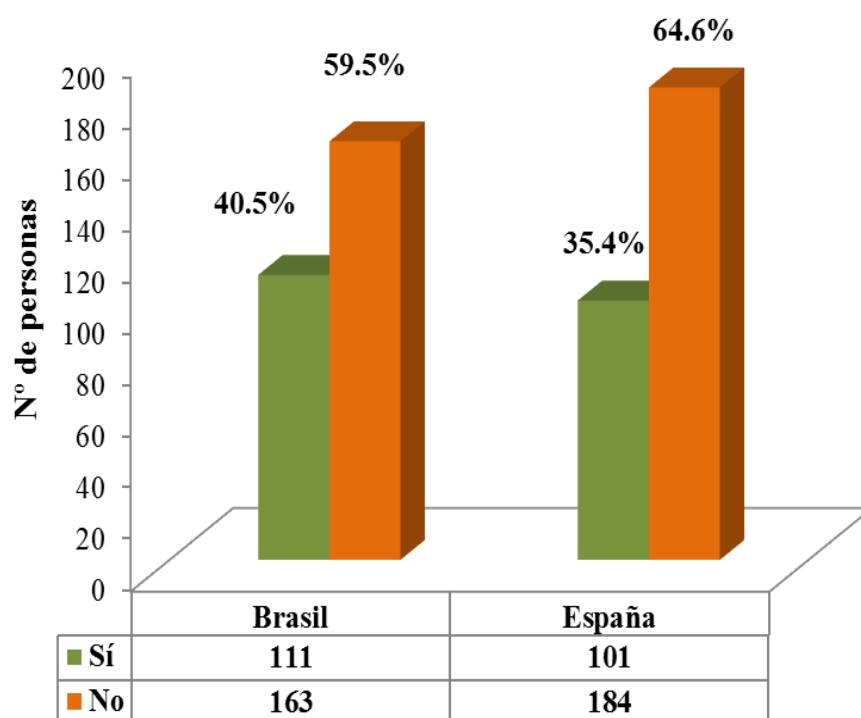


Figura 24. Deseo de abandonar la profesión en personal de enfermería de Brasil y España

Analizando esta variable más detalladamente (Figura 25), se constató que de los 111 profesionales de enfermería brasileños que deseaban abandonar su profesión, el 20.7% trabajaban como enfermeros, el 40.5% correspondían a los técnicos y el 38.7% eran auxiliares de enfermería, no observándose diferencias significativas entre los distintos estamentos, $\chi^2 (2, 274) = 1.001, p = .606$. Por otra parte, en España, de los 101 profesionales que manifestaron su deseo de abandonar la profesión el 67.3% eran enfermeros, mientras que el 25.7% y el 6.9% correspondían a auxiliares y mandos intermedios, respectivamente. Al igual que en Brasil, no se observaron diferencias significativas entre las distintas categorías profesionales, $\chi^2 (2, 285) = .710, p = .701$.

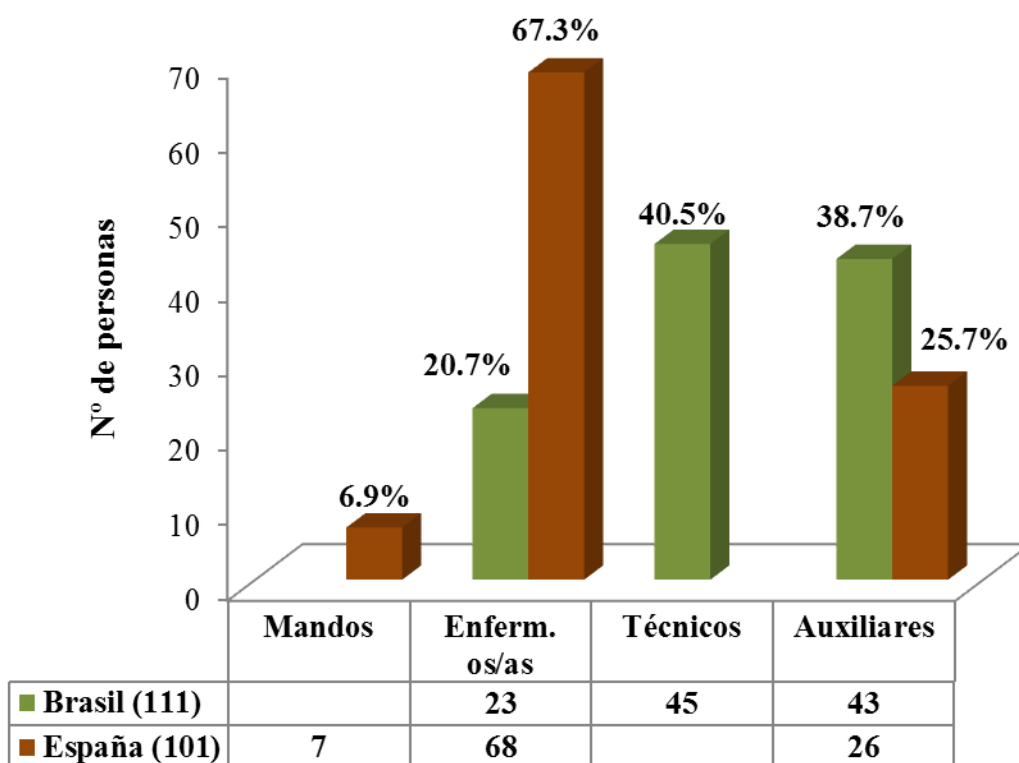


Figura 25. Deseo de abandonar la profesión manifestado por el personal de enfermería de Brasil y España, según su categoría profesional

3. Prevalencia y procedencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España

Las diferencias observadas en las características sociodemográficas y laborales de los distintos estamentos que constituyeron ambas muestras, como por ejemplo la relación entre grado de formación/desempeño de funciones de los profesionales de enfermería de Brasil y España, nos llevaron a replantear su análisis. En este sentido, para una mejor comprensión de los resultados y la comparación entre ambos grupos de estudio se optó por unificarlos, analizándolos como un colectivo, y no por estamentos. Además, resulta importante resaltar que los profesionales que indicaron percibirse hostigados en el momento del estudio no presentaban diferencias significativas entre ellos, independientemente de su posición jerárquica o del país analizado. En este sentido, tanto los enfermeros como los auxiliares y

técnicos de enfermería brasileños se percibían igualmente hostigados en el momento del estudio, $\chi^2 (2, 272) = 1.404, p = .496$. Al igual que en Brasil, los enfermeros, los auxiliares y los mandos intermedios españoles no presentaron diferencias significativas en cuanto a su percepción de hostigamiento en el momento del estudio, $\chi^2 (2, 282) = 4.374, p = .112$.

3.1. Prevalencia de hostigamiento psicológico según los criterios de medidas del HPT-R

De acuerdo con los análisis realizados, se constató que la percepción de hostigamiento psicológico en el trabajo varía según el criterio de medida utilizado, independientemente de la población estudiada. Por lo tanto, si consideramos los criterios de frecuencia y temporalidad propuestos por Leymann, el 29.3% del personal de enfermería brasileño indicó haber padecido conductas de hostigamiento psicológico en los últimos 6 meses previos a este estudio, frente al 19.1% señalado por el personal español. No obstante, al preguntar a los encuestados sobre su percepción de hostigamiento en el momento del estudio, la prevalencia asciende del 29.3% al 36.0% en Brasil y desciende, en España, del 19.1% al 14.9%. Por otra parte, al tener en cuenta la puntuación total del HPT-R, los resultados evidenciaron que el riesgo de que el personal de enfermería encuestado estuviera sometido a conductas hostiles era tan sólo del 3.6% en Brasil y del 4.6% en España (Tabla 9).

Los resultados pusieron en evidencia que el personal de enfermería brasileño se percibía significativamente más hostigado que sus compañeros españoles, tanto en los últimos 6 meses previos al estudio ($p = .010$) como en el momento del mismo ($p = .000$). Sin embargo, no se observó diferencias significativas en la frecuencia de conductas hostiles percibidas entre el colectivo brasileño y el español (Tabla 9).

Tabla 9. Prevalencia de hostigamiento entre personal de enfermería de Brasil y España de acuerdo con los diferentes criterios de medida evaluados

Variables		Brasil (<i>n</i> = 274)	España (<i>n</i> = 285)	Estadístico
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Hostigado en los últimos 6 meses	Sí	80 (29.3)	54 (19.1)	$\chi^2 (2, 556) = 9.120, p = .010$
	No	193 (71.0)	229 (80.9)	
Percepción hostigamiento en la actualidad	Sí	98 (36.0)	42 (14.9)	$\chi^2 (1, 554) = 32.752, p = .000$
	No	174 (64.0)	240 (85.1)	
Hostigado según puntuación de riesgo del HPT R ≥ 62	Sí	10 (3.6)	13 (4.6)	$\chi^2 (1, 559) = .294, p = .587$
	No	264 (96.4)	272 (95.4)	

Por otro lado, aunque no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de las conductas hostiles percibidas por el personal de enfermería de Brasil y España, no ocurrió lo mismo al comparar las medias obtenidas por ambos grupos en lo que se refiere a la puntuación de riesgo del HPT-R. En este sentido, el personal de enfermería de Brasil presentó un riesgo medio de 16.87 ($DE = 20.4$) de padecer hostigamiento psicológico en su trabajo, mientras que en España la media de riesgo fue inferior ($M = 14.55$, $DE = 19.8$). Respecto a las diferencias entre ambas muestras, el *post-hoc* de Mann-Whitney puso de manifiesto que el personal de enfermería brasileño presentaba una media de riesgo significativamente mayor de padecer hostigamiento psicológico en su lugar de trabajo ($U = 43.06$, $p = .035$), comparado con sus compañeros españoles.

Por otra parte, al contrastar los datos se observó que de los 98 brasileños que indicaron percibirse hostigados en el momento del estudio, sólo el 46.9% cumplían los criterios de frecuencia y temporalidad propuestos por Leymann para ser considerados como víctimas de *mobbing*, mientras que los otros 53.1% no cumplían este requisito. En contrapartida, en

España, se observó que de las 42 personas que se percibieron hostigadas en el momento del estudio el 64.3% también cumplían los criterios acotados por Leymann para el hostigamiento psicológico, frente a los otros 35.7% que no señalaron esta variable (Figura 26).

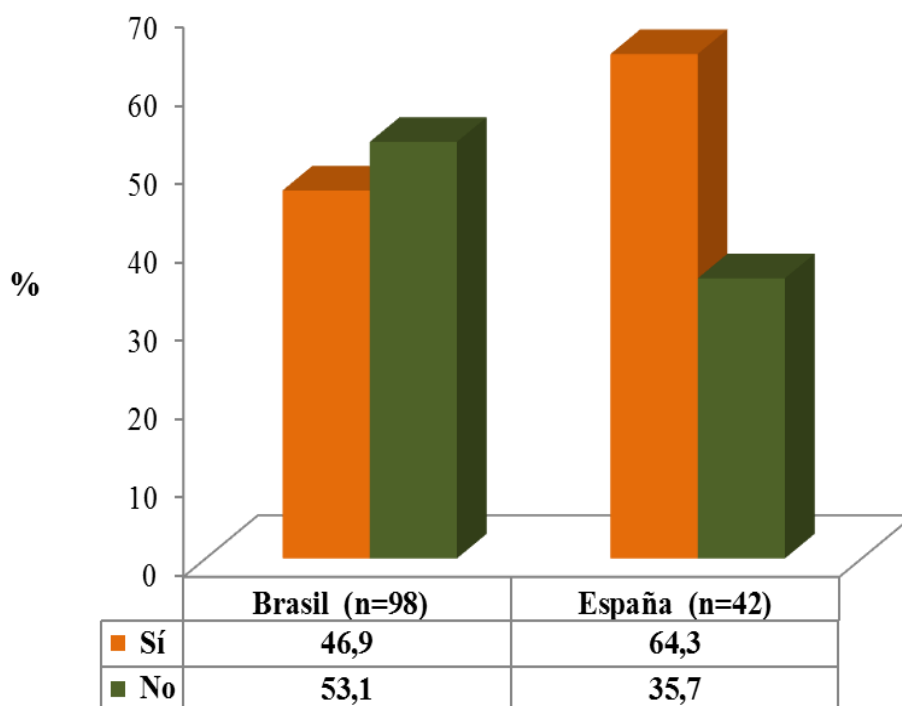


Figura 26. Porcentaje de encuestados que reportaron sentirse hostigados en el momento del estudio y que cumplían los criterios propuestos por Leymann

Siguiendo los pasos del análisis anteriormente citado, se contrastaron los datos de aquellas personas que obtuvieron una puntuación considerada de riesgo en el HPT-R (≥ 62) tanto en Brasil ($n = 10$) como en España ($n = 13$) y su relación con los demás criterios de medida utilizado en este estudio (percepción de hostigado según los criterios de Leymann y en el momento del estudio). Los resultados evidenciaron que, de las 10 personas que presentaron una puntuación ≥ 62 en la suma total de HPT-R en Brasil, sólo 6 cumplían los criterios de frecuencia (semanalmente) y temporalidad (mínimo 6 meses) acotados por Leymann. Los otros cuatro, ni cumplían los criterios de Leymann ni tampoco se percibían hostigados en el momento del estudio. En consonancia con los resultados anteriores, en

España sólo 11 de las 13 personas que presentaron una puntuación ≥ 62 en la suma total de HPT-R cumplían los criterios de Leymann, de las que 8 se percibían hostigadas en el momento del estudio. Al igual que en Brasil, el resto de personas ni cumplían los criterios de Leymann ni tampoco se percibían hostigadas en el momento del estudio.

3.2. El hostigamiento psicológico como conducta observada

De acuerdo con los análisis de frecuencias, el hostigamiento psicológico en el trabajo se reafirmó como una conducta manifiesta en el trabajo de la enfermería. En este sentido, el 20.4% de los profesionales de enfermería españoles afirmaron haber testificado el hostigamiento de los demás, mientras que en Brasil, aunque el porcentaje ha sido inferior, el 15.3% de los encuestados se auto indicaron testigos de *mobbing* (Figura 27). Cabe resaltar que tanto en Brasil como en España los testigos negaron haber padecido conductas de hostigamiento en los últimos 6 meses previos a la realización de este trabajo, de la misma forma que negaron sentirse hostigados en el momento del estudio, lo que confiere una mayor fiabilidad a la información reportada.

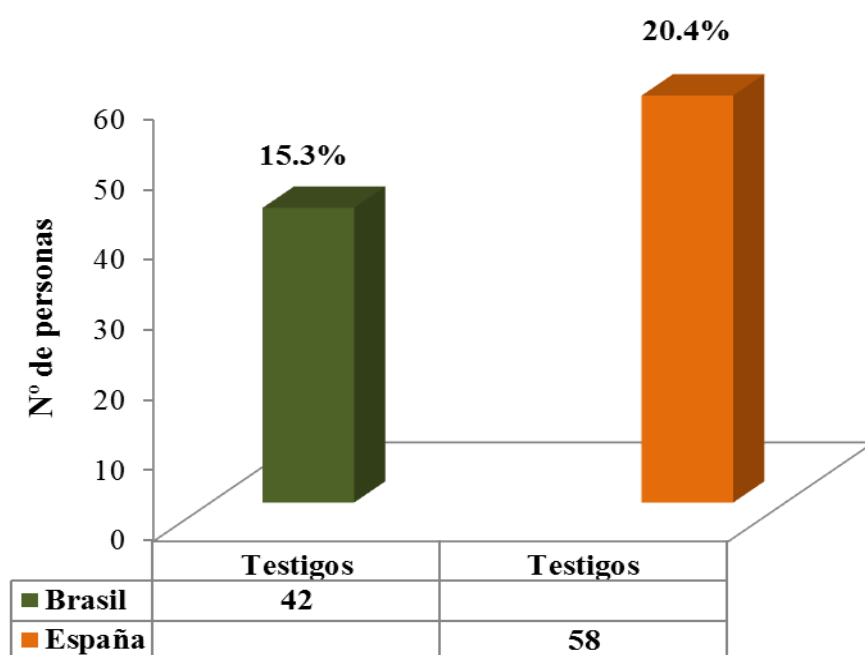


Figura 27. Testigos de hostigamiento en personal de enfermería de Brasil y España

3.3. Percepción de la procedencia de hostigamiento psicológico en enfermería

Para conocer la procedencia de las conductas hostiles se tomó como referencia el criterio de medida del HPT-R que expresa la percepción de sentirse hostigado en el momento del estudio. Los resultados obtenidos a través del análisis de frecuencias ponen de manifiesto que en enfermería el hostigamiento psicológico es predominantemente intraprofesional. En este sentido, los supervisores se destacaron como la principal fuente de hostigamiento para el personal de enfermería brasileño. Asimismo, en España los encuestados señalaron a los compañeros como los perpetradores más habituales de conductas hostiles hacia ellos, seguido por los supervisores y médicos (Figura 28).

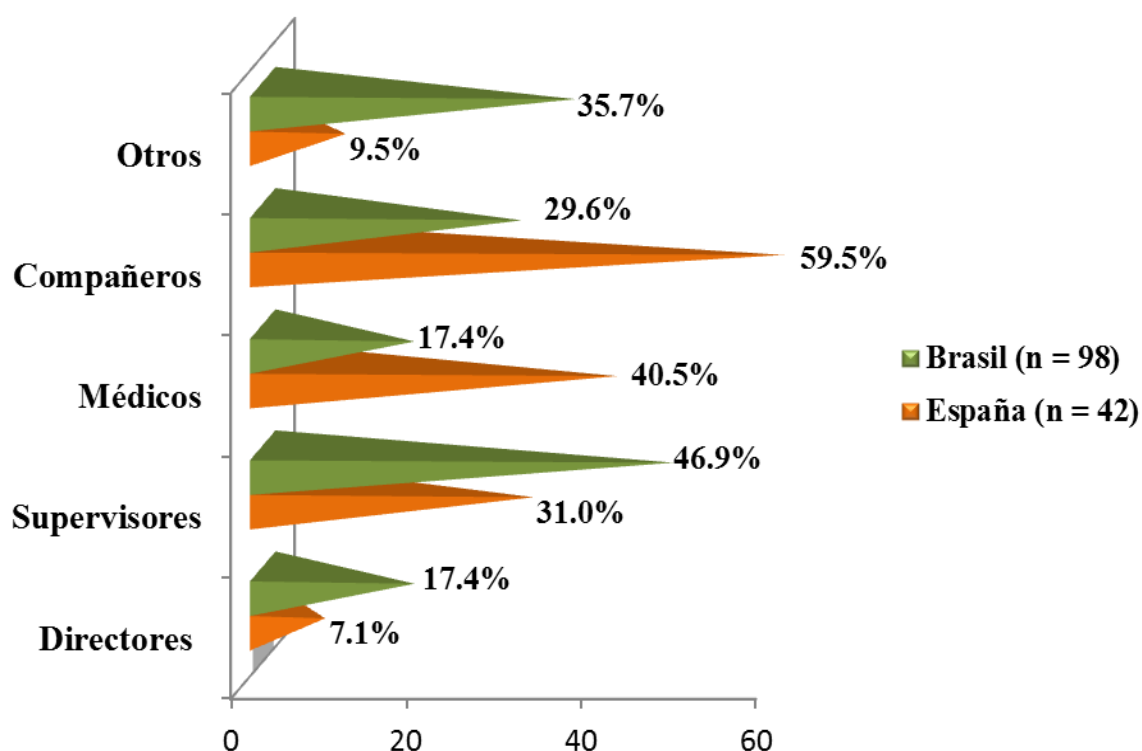


Figura 28. Percepción de la procedencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España

4. Relación entre la percepción de hostigamiento psicológico y las variables sociodemográficas y laborales

Para conocer los efectos principales y de asociación entre el hostigamiento psicológico en el trabajo y las variables sociodemográficas y laborales indicadas por el personal de enfermería de Brasil y España, se realizó un análisis de regresión logística (RL). Para ello, se utilizó como variable dependiente la percepción de sentirse hostigado en el momento del estudio, a la que para este análisis denominamos “Hostigado”, puesto que la percepción de la víctima es condicional en el contexto del *mobbing*.

Se llevaron a cabo diversos análisis de RL donde las variables independientes entraron en la ecuación de forma sucesiva. En primer lugar, se introdujeron las variables país, género y edad. En este primer paso, aunque el modelo no presentara un buen ajuste de los datos, $\chi^2 (8, 559) = 19.259, p = .014$, se observó una asociación significativa entre las variables país y género y la percepción de hostigamiento psicológico. Por otra parte, la “edad” no mostró ser un factor de riesgo en la percepción de sentirse hostigado. Además de no presentar significación estadística ($\text{Exp}\beta = .993, p = .493$), la fuerza de asociación entre esta variable independiente no cambia en los modelos siguientes, cuando es analizada separadamente con “país” ($\text{Exp}\beta = .993, p = .480$) o “género” ($\text{Exp}\beta = .995, p = .589$). Tampoco se modifica al introducir nuevas variables en la ecuación, lo que descarta un posible factor de confusión. Posteriormente, en modelos sucesivos, se incluyeron las variables estado civil, hijos, años de ejercicio profesional, tiempo trabajado en la institución, unidad de trabajo actual, tipo de contrato actual, grado de participación en la toma de decisiones y deseo de abandonar la profesión. Los resultados no evidenciaron significación estadística o asociación entre la percepción de sentirse hostigado y la mayoría de las variables contrastadas, exceptuando el “grado de participación en la toma de decisiones” y el “deseo de abandonar la profesión”. Por lo tanto, en el modelo final se mantuvieron en la ecuación las variables género, país, deseo de

abandonar la profesión y grado de participación en la toma de decisiones, con una bondad de ajuste satisfactoria, $\chi^2(8, 559) = 7.025, p = .534$. Así, de acuerdo con los resultados de la ecuación de regresión, la probabilidad de que el personal de enfermería se perciba hostigado es significativamente menor en España ($B = -1.095, p = .000$) que en Brasil. De la misma forma que pertenecer al género masculino podría actuar como un factor protector frente a dicha percepción ($B = -.947, p = .010$). Por otra parte, el no tener participación en la toma de decisiones multiplica por 2.5 el sentirse hostigado en el trabajo, que a su vez multiplica por 2.1 la probabilidad de querer abandonar la profesión (Tabla 10). Cabe resaltar que no se han observado efectos de interacción y/o confusión en los sucesivos análisis realizados.

Para una mejor comprensión de estos resultados se realizó un análisis de frecuencias (Tabla 11) donde se observó que las variables que presentaron significación estadística con la percepción de hostigamiento fueron el deseo de abandonar la profesión tanto en Brasil ($p = .008$) como en España ($p = .001$), el género, únicamente en Brasil ($p = .015$), y la percepción de participar en la toma de decisiones, únicamente en España ($p = .000$).

Tabla 10. *Análisis de regresión logística entre la percepción de hostigamiento y las variables sociodemográficas y laborales de los encuestados*

Variables	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp(β)	IC 95% para Exp(β)		Prueba de Hosmer y Lemeshow
							Inferior	Superior	
Modelo									$\chi^2 (8, 559) = 7.025, p = .534$
Género (1)	-.947	.368	6.618	1	.010	.388	.189	.798	
País (1)	-1.095	.218	25.311	1	.000	.335	.218	.513	
Abandonar (1)	.764	.210	13.247	1	.000	2.147	1.423	3.239	
Participación en toma de decisiones			9.692	2	.008				
Participación en toma de decisiones (1)	.721	.289	6.225	1	.013	2.056	1.167	3.623	
Participación en toma de decisiones (2)	.919	.300	9.402	1	.002	2.506	1.393	4.509	
Constante	-1.450	.274	28.035	1	.000	.235			

Codificación:

Género: 0 = Mujer, 1 = Hombre; **País:** 0 = Brasil, 1 = España; **Deseo de abandonar la profesión:** 0 = No, 1 = Sí; **Participación en la toma de decisiones:** 0 = Alta, 1 = Baja, 2 = Nula.

Tabla 11. Características de la muestra según su percepción de hostigado en el trabajo

Variables	Brasil			España		
	Hostigado <i>n</i> (%)	No hostigado <i>n</i> (%)	Estadístico	Hostigado <i>n</i> (%)	No hostigado <i>n</i> (%)	Estadístico
Género			$\chi^2 (1, 272) = 5.942, p = .015$			$\chi^2 (1, 282) = 2.173, p = .140$
Masculino	7 (7.1)	31 (17.8)		3 (7.1)	38 (15.8)	
Femenino	91 (92.9)	143 (82.2)		39 (92.4)	202 (84.2)	
Deseo de abandonar la profesión						
Sí	50 (51.0)	60 (34.7)	$\chi^2 (1, 272) = 7.118, p = .008$	25 (59.5)	76 (31.7)	$\chi^2 (1, 282) = 12.067, p = .001$
No	48 (49.0)	114 (65.5)		17 (40.5)	164 (68.3)	
Grado de participación en la toma de decisiones						
Alta	17 (17.2)	42 (24.1)	$\chi^2 (2, 272) = 2.337, p = .311$	4 (9.5)	94 (39.3)	$\chi^2 (2, 282) = 21.782, p = .000$
Baja	45 (45.9)	66 (37.9)		19 (45.2)	104 (43.3)	
Nula	36 (36.7)	66 (37.9)		19 (45.2)	42 (17.5)	

5. Tipo y frecuencia de las conductas hostiles perpetradas contra el personal de enfermería de Brasil y España

En cuanto al tipo y frecuencia de las conductas hostiles perpetradas contra el personal de enfermería estudiado, los resultados ponen en evidencia que ambos grupos fueron víctimas de conductas hostiles análogas a lo largo de los últimos 2 años previos al estudio. Así, el estadístico Chi-cuadrado no evidencia diferencias significativas para la mayoría de las conductas hostiles percibidas al comparar ambas muestras, excepto para los ítems “No convocarle a actos o reuniones laborales”, $\chi^2 (1, 550) = 15.517, p = .000$, y “Asignarle trabajos desagradables o que otros no quieren”, $\chi^2 (1, 553) = 14.811, p = .000$, siendo éstas más percibidas por el colectivo brasileño que por el español (Tabla 12).

En contrapartida, al considerar sólo aquellos encuestados que reportaron percibirse hostigados en los últimos 6 meses previos al estudio (Tabla 13), se pudo observar cierta discrepancia entre los dos grupos estudiados. En este sentido, las conductas que mostraron diferencias significativas entre ambos grupos fueron: “Recibir críticas directas sobre la forma de realizar su trabajo”, $\chi^2 (1, 132) = 5.610, p = .018$, “Evitarle o impedirle que se comunique normalmente con el grupo”, $\chi^2 (1, 130) = 4.174, p = .041$, “Expresiones negativas o de duda sobre su capacidad”, $\chi^2 (1, 134) = 6.222, p = .013$, “Acusarle de que no se adapta al grupo de trabajo”, $\chi^2 (1, 130) = 5.351, p = .021$, y “Comentarios maliciosos sobre usted o su forma de vida”, $\chi^2 (1, 132) = 4.659, p = .031$, siendo éstas más prevalentes en España.

Por otra parte, las conductas hostiles percibidas por el personal de enfermería brasileño fueron similares en los diferentes intervalos de tiempo analizados. Así, “No convocarle a actos o reuniones laborales”, $\chi^2 (1, 131) = 7.123, p = .008$, y “Asignarle trabajos desagradables o que otros no quieren”, $\chi^2 (1, 133) = 5.648, p = .017$, fueron señaladas tanto

en los últimos 2 años como en los últimos 6 meses previos al estudio, siendo éstas las conductas hostiles más frecuentes percibidas por este colectivo (Tabla 13).

Tabla 12. *Tipo y frecuencia de las conductas hostiles percibidas por el personal de enfermería de Brasil y España en los últimos 2 años previos al estudio*

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (N = 274)		España (N = 285)		Estadístico
		n (%)		n (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
1	Exponerle a críticas por parte del grupo.	228 (83.8)	44(16.2)	242 (86.4)	38 (13.6)	χ^2 (1, 552) = 740, p = .390
2	Recibir críticas directas sobre la forma de realizar su trabajo.	253 (93.0)	19 (7.0)	254(90.1)	28 (9.9)	χ^2 (1, 554) = 1.545, p = .214
3	Dirigirse a usted a través de intermediarios.	240 (88.2)	32 (11.8)	260 (91.9)	23 (8.1)	χ^2 (1, 555) = 2.056, p = .152
4	Recibir informaciones contradictorias.	214 (78.4)	59 (21.6)	217 (76.4)	67 (23.6)	χ^2 (1, 557) = 312, p = .577
5	No recibir información que otras personas del grupo han recibido.	299 (84.8)	41 (15.2)	237 (84.3)	44 (15.7)	χ^2 (1, 551) = .024, p = .878
6	Evitarle o impedirle que se comunique normalmente con el grupo.	236 (97.0)	8 (3.0)	267 (95.0)	14 (5.0)	χ^2 (1, 552) = 1.486, p = .223
7	Asignarle tareas inferiores a su grado profesional.	247 (91.5)	23 (8.5)	243 (86.5)	38 (13.5)	χ^2 (1, 551) = 3.503, p = .061
8	Recibir amenazas injustificadas, verbales o por escrito.	257 (94.8)	14 (5.2)	266 (94.3)	16 (5.7)	χ^2 (1, 553) = .069, p = .792
9	Dejar de asignarle tareas.	261 (96.3)	10 (3.7)	271 (96.4)	10 (3.6)	χ^2 (1, 552) = 007, p = .934

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 12 (continuación)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (N = 274)		España (N = 285)		Estadístico
		n (%)		n (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
10	Expresiones negativas o de duda sobre su responsabilidad/capacidad.	259 (94.5)	15 (5.5)	261 (92.2)	22 (7.8)	χ^2 (1, 557) = 1.187, p = .276
11	Expresiones de que está loco/a o desequilibrado/a psicológicamente.	256 (94.5)	15 (5.5)	270 (96.4)	10 (3.6)	χ^2 (1, 554) = 1.164, p = .281
12	Discriminarle respecto al resto del grupo (trato, recompensas,...).	250 (92.3)	21 (7.7)	265 (94.0)	17 (6.0)	χ^2 (1, 553) = 639, p = .424
13	Asignarle trabajos innecesarios o sin motivo justificado.	256 (93.8)	17 (6.2)	270 (95.7)	12 (4.3)	χ^2 (1, 555) = 1.089 p = .297
14	No respetar su grado de formación o antigüedad en el trabajo.	252 (92.0)	22 (8.0)	259 (92.2)	22 (7.8)	χ^2 (1, 555) = .008, p = .931
15	No convocarle a actos o reuniones laborales.	248 (91.2)	24 (8.8)	274 (98.6)	4 (1.4)	χ^2 (1, 550) = 15.517, p = .000
16	No invitarle a fiestas o celebraciones de trabajo.	257 (94.8)	14 (5.2)	272 (97.8)	6 (2.2)	χ^2 (1, 549) = 3.537, p = .060
17	Acusarle de que no se adapta al grupo de trabajo.	264 (96.7)	9 (3.3)	272 (97.8)	6 (2.2)	χ^2 (1, 551) = .674, p = .412

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 12 (continuación)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (N = 274)		España (N = 285)		Estadístico
		n (%)		n (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
18	Acusarle de que comete errores que antes no cometía.	266 (97.8)	6 (2.2)	275 (98.2)	5 (1.8)	χ^2 (1, 552) = .125, p = .724
19	Asignarle trabajos desagradables o que otros no quieren.	245 (89.4)	29 (10.6)	272 (97.5)	7 (2.5)	χ^2 (1, 553) = 14.811, p = .000
20	No cederle la palabra o interrumpirle constantemente en reuniones.	259 (95.6)	12 (4.4)	266 (95.7)	12 (4.3)	χ^2 (1, 549) = .004, p = .949
21	Comentarios maliciosos sobre usted o su forma de vida.	258 (94.2)	16 (5.8)	265 (95.0)	14 (5.0)	χ^2 (1, 553) = .182, p = .670
22	Utilización de motes o expresiones verbales de desprecio hacia usted.	257 (95.2)	13 (4.8)	270 (96.1)	11 (3.9)	χ^2 (1, 551) = .268, p = .605
23	No recibir respuesta a sus preguntas verbales o escritas.	249 (92.6)	20 (7.4)	266 (94.7)	15 (5.3)	χ^2 (1, 550) = 1.014, p = .314
24	Rechazo de propuestas tuyas, por principio.	257 (94.8)	14 (5.2)	272 (96.5)	10 (3.5)	χ^2 (1, 553) = .874, p = .350
25	Evitarle actividades que tengan influencia o repercusión profesional.	256 (93.4)	18 (6.6)	270 (96.4)	10 (3.6)	χ^2 (1, 554) = 2.594, p = .107
26	Considerarle responsable de errores cometidos por los demás.	260 (95.2)	13 (4.8)	267 (94.7)	15 (5.3)	χ^2 (1, 555) = .090, p = .764

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 12 (continuación)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (N = 274)		España (N = 285)		Estadístico
		n (%)		n (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
27	Manipulación de sus pertenencias (documentos, archivos,...).	269 (98.9)	3 (1.1)	271 (99.3)	2 (0.7)	χ^2 (1, 545) = .206, p = .650
28	Los compañeros evitan sentarse a su lado.	267 (98.2)	5 (1.8)	273 (97.8)	6 (2.2)	χ^2 (1, 551) = .069, p = .793
29	Imitación de gestos, palabras o comportamientos en tono de burla.	258 (96.6)	9 (3.4)	272 (97.8)	6 (2.2)	χ^2 (1, 545) = .748, p = .387
30	Miradas de desprecio.	255 (93.8)	17 (6.2)	268 (95.0)	14 (5.0)	χ^2 (1, 554) = .433, p = .510
31	No saludarle.	247 (90.1)	27 (9.9)	256 (90.5)	27 (9.5)	χ^2 (1, 557) = .016, p = .901
32	Recibir informaciones erróneas.	252 (93.3)	18 (6.7)	267 (95.4)	13 (4.6)	χ^2 (1, 550) = 1.059, p = .304
33	Ridiculizarle públicamente.	264 (9.4)	7 (2.6)	274 (97.9)	6 (2.1)	χ^2 (1, 551) = .116, p = .734
34	Ignorarlo en cuestiones o decisiones que atañen a su área de trabajo.	248 (90.8)	25 (9.2)	265 (93.3)	19 (6.7)	χ^2 (1, 557) = 1.165, p = .280
35	Desatención de los jefes a sus quejas de hostigamiento.	249 (92.2)	21 (7.8)	257 (92.1)	22 (7.9)	χ^2 (1, 549) = .002, p = .963

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 13. Tipo y frecuencia de las conductas hostiles percibidas por el personal de enfermería de Brasil y España y según los criterios de Leymann (mínimo una vez por semana en los últimos 6 meses)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (<i>n</i> = 80)		España (<i>n</i> = 54)		Estadístico
		<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
1	Exponerle a críticas por parte del grupo.	54 (68.8)	25 (31.2)	31 (59.6)	21 (40.4)	χ^2 (1, 132) = 1.158, <i>p</i> = .282
2	Recibir críticas directas sobre la forma de realizar su trabajo.	69 (86.3)	11 (13.7)	36 (69.2)	16 (30.8)	χ^2 (1, 132) = 5.610, <i>p</i> = .018
3	Dirigirse a usted a través de intermediarios.	66 (81.5)	15 (18.5)	42 (79.2)	11 (20.8)	χ^2 (1, 134) = .102, <i>p</i> = .749
4	Recibir informaciones contradictorias.	49 (60.5)	32 (39.5)	30 (55.6)	24 (44.4)	χ^2 (1, 135) = .325, <i>p</i> = .568
5	No recibir información que otras personas del grupo han recibido.	57 (71.2)	22 (27.8)	33 (63.5)	19 (36.5)	χ^2 (1, 131) = 1.101, <i>p</i> = .294
6	Evitarle o impedirle que se comuniquen normalmente con el grupo.	75 (94.9)	4 (5.1)	43 (84.3)	8 (15.7)	χ^2 (1, 130) = 4.174, <i>p</i> = .041
7	Asignarle tareas inferiores a su grado profesional.	66 (81.5)	15 (18.5)	39 (73.6)	14 (26.4)	χ^2 (1, 134) = 1.178, <i>p</i> = .278
8	Recibir amenazas injustificadas, verbales o por escrito.	71 (89.9)	8 (10.1)	42 (80.8)	10 (19.2)	χ^2 (1, 131) = 2.193, <i>p</i> = .139

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 13 (continuación)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (<i>n</i> = 80)		España (<i>n</i> = 54)		Estadístico
		<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
9	Dejar de asignarle tareas	73 (91.3)	7 (8.7)	44 (86.3)	7 (13.7)	χ^2 (1, 131) = .808, <i>p</i> = .369
10	Expresiones negativas o de duda sobre su capacidad.	73 (90.1)	8 (9.9)	39 (73.6)	14 (26.4)	χ^2 (1, 134) = 6.222, <i>p</i> = .013
11	Expresiones de que está loco/a o desequilibrado/a psicológicamente.	72 (90.0)	8 (10.0)	42 (84.0)	8 (16.0)	χ^2 (1, 131) = 1.081, <i>p</i> = .298
12	Discriminarle respecto al resto del grupo (trato, recompensas,...).	71 (87.7)	10 (12.3)	40 (75.5)	13 (24.5)	χ^2 (1, 134) = 3.344, <i>p</i> = .067
13	Asignarle trabajos innecesarios o sin motivo justificado.	70 (87.5)	10 (12.5)	48 (92.3)	4 (7.7)	χ^2 (1, 132) = .768, <i>p</i> = .381
14	No respetar su grado de formación o antigüedad en el trabajo.	67 (82.7)	14 (17.3)	40 (75.5)	13 (24.5)	χ^2 (1, 134) = 1.045, <i>p</i> = .307
15	No convocarle a actos o reuniones laborales.	67 (82.7)	14 (17.3)	49 (98.0)	1 (2.0)	χ^2 (1, 131) = 7.123, <i>p</i> = .008
16	No invitarle a fiestas o celebraciones de trabajo.	72 (91.1)	7 (8.9)	45 (90.0)	5 (10.0)	χ^2 (1,129) = .047, <i>p</i> = .828
17	Acusarle de que no se adapta al grupo de trabajo.	79 (98.8)	1 (1.2)	45 (90.0)	5 (10.0)	χ^2 (1, 130) = 5.351, <i>p</i> = .021

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 13 (continuación)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (n = 80)		España (n = 54)		Estadístico
		n (%)		n (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
18	Acusarle de que comete errores que antes no cometía.	77 (96.3)	3 (3.7)	48 (92.3)	4 (7.7)	χ^2 (1, 132) = .975, p = .323
19	Asignarle trabajos desagradables o que otros no quieren.	62 (76.5)	19 (23.5)	48 (92.3)	4 (7.7)	χ^2 (1, 133) = 5.648, p = .017
20	No cederle la palabra o interrumpirle constantemente en reuniones.	70 (88.6)	9 (11.4)	43 (84.3)	8 (15.7)	χ^2 (1, 130) = .503, p = .478
21	Comentarios maliciosos sobre usted o su forma de vida.	72 (88.9)	9 (11.1)	38 (74.5)	13 (25.5)	χ^2 (1, 132) = 4.659, p = .031
22	Utilización de motes o expresiones verbales de desprecio hacia usted.	73 (91.3)	7 (8.7)	45 (84.9)	8 (15.1)	χ^2 (1, 133) = 1.282, p = .257
23	No recibir respuesta a sus preguntas verbales o escritas.	68 (87.2)	10 (12.8)	43 (81.1)	10 (18.9)	χ^2 (1, 131) = .892, p = .345
24	Rechazo de propuestas suyas, por principio.	73 (91.3)	7 (8.7)	43 (82.7)	9 (17.3)	χ^2 (1,132) = 2.167, p = .141
25	Evitarle actividades que tengan influencia o repercusión profesional.	70 (86.4)	11 (13.6)	45 (88.2)	6 (11.8)	χ^2 (1, 132) = .092, p = .762
26	Considerarle responsable de errores cometidos por los demás.	73 (91.3)	7 (8.7)	43 (81.1)	10 (18.9)	χ^2 (1, 133) = 2.927, p = .087

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Tabla 13 (continuación)

		Tipo y frecuencia de las conductas percibidas				
Nº	Ítems del HPT-R	Brasil (<i>n</i> = 80)		España (<i>n</i> = 54)		Estadístico
		<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		
		Baja ¹	Alta ²	Baja ¹	Alta ²	
27	Manipulación de sus pertenencias (documentos, archivos,...).	79 (98.8)	1 (1.2)	48 (98.0)	1 (2.0)	χ^2 (1, 129) = .125, <i>p</i> = .724
28	Los compañeros evitan sentarse a su lado.	77 (96.3)	3 (3.7)	46 (88.5)	6 (11.5)	χ^2 (1, 32) = 3.009, <i>p</i> = .083
29	Imitación de gestos, palabras o comportamientos en tono de burla.	73 (92.4)	6 (7.6)	45 (90.0)	5 (10.0)	χ^2 (1, 129) = .227, <i>p</i> = .634
30	Miradas de desprecio.	66 (83.5)	13 (16.5)	38 (73.1)	14 (26.9)	χ^2 (1, 131) = 2.100, <i>p</i> = .147
31	No saludarle.	65 (80.2)	16 (19.8)	35 (66.0)	18 (34.0)	χ^2 (1, 134) = 3.416, <i>p</i> = .065
32	Recibir informaciones erróneas.	67 (83.8)	13 (16.2)	42 (80.8)	10 (19.2)	χ^2 (1, 132) = .195, <i>p</i> = .659
33	Ridiculizarle públicamente.	76 (96.2)	3 (3.8)	47 (90.4)	5 (9.6)	χ^2 (1, 131) = 1.851, <i>p</i> = .174
34	Ignorarle en cuestiones o decisiones que atañen a su área de trabajo.	62 (77.5)	18 (22.5)	41 (75.9)	13 (24.1)	χ^2 (1, 134) = .045, <i>p</i> = .832
35	Desatención de los jefes a sus quejas de hostigamiento.	66 (83.5)	13 (16.5)	36 (69.2)	16 (30.8)	χ^2 (1, 131) = 3.727, <i>p</i> = .054

1-Baja: Conductas percibidas con menor intensidad (Menos de una vez a la semana; Al menos una vez al mes; Más de una vez al mes).

2-Alta: Conductas percibidas frecuente o muy frecuentemente (Al menos una vez a la semana; Varias veces a la semana; Una o más veces al día).

Por otra parte, para una mejor comprensión de las conductas hostiles reportadas por los encuestados, se optó por un análisis más compacto, utilizando los distintos factores del HPT-R (Figura 29). De esta forma, la media (M) y el error estándar (EE) obtenido para cada dimensión puso en evidencia que el personal de enfermería de Brasil y España, en general, valoraron de forma muy similar las 5 dimensiones del cuestionario, si tenemos en cuenta los últimos 2 años previos al estudio. En este sentido, el “Ninguneo-Aislamiento Profesional” fue la dimensión que mayor media alcanzó tanto en Brasil ($M = 10.51$, $EE = 2.25$) como en España ($M = 8.90$, $EE = 2.98$), seguida por la “Degradación Profesional” ($M = 8.32$, $EE = 0.90$; $M = 7.02$, $EE = 2.42$), el “Desprestigio Profesional” ($M = 6.60$, $EE = 1.36$; $M = 6.45$, $EE = 1.17$), la “Humillación y el Rechazo Personal” ($M = 4.99$, $EE = 0.79$; $M = 4.20$, $EE = 0.82$) y por último el “Rechazo Profesional y la Violación de la Intimidad” ($M = 4.42$, $EE = 0.91$; $M = 3.48$, $EE = 0.76$), respectivamente. Sin embargo, al analizar de forma aislada los datos reportados por aquellos profesionales que se percibieron hostigados en los últimos 6 meses previos a este trabajo, se observaron diferencias no solo en la valoración de las distintas dimensiones del HPT-R, sino también en la puntuación media correspondiente, independientemente de la población de estudio. Así, el personal de enfermería español puntuó significativamente más el “Desprestigio Profesional” ($M = 21.78$, $EE = 3.24$) que sus compañeros brasileños ($M = 12.76$, $EE = 2.80$), de la misma forma que la “Humillación y el Rechazo Personal” ($M = 17.98$, $EE = 2.99$; $M = 10.15$, $ES = 1.79$, en España y Brasil respectivamente) y el “Rechazo Profesional y la Violación de la Intimidad” ($M = 13.14$, $EE = 3.02$; $M = 8.86$, $EE = 2.10$, en España y Brasil respectivamente). Aunque el “Ninguneo-Aislamiento Profesional” alcanzó mayor protagonismo que las demás dimensiones del HPT-R, no se observaron diferencias significativas entre el personal de enfermería brasileño ($M = 20.41$, $EE = 4.11$) y español ($M = 23.44$, $EE = 5.31$). En esta misma línea, aunque la “Degradación Profesional” recibió una mayor puntuación por parte de los profesionales

brasileños ($M = 18.15$, $EE = 2.26$) no se encontraron diferencias importantes con la puntuación otorgada por los profesionales españoles ($M = 16.57$, $EE = 5.14$).

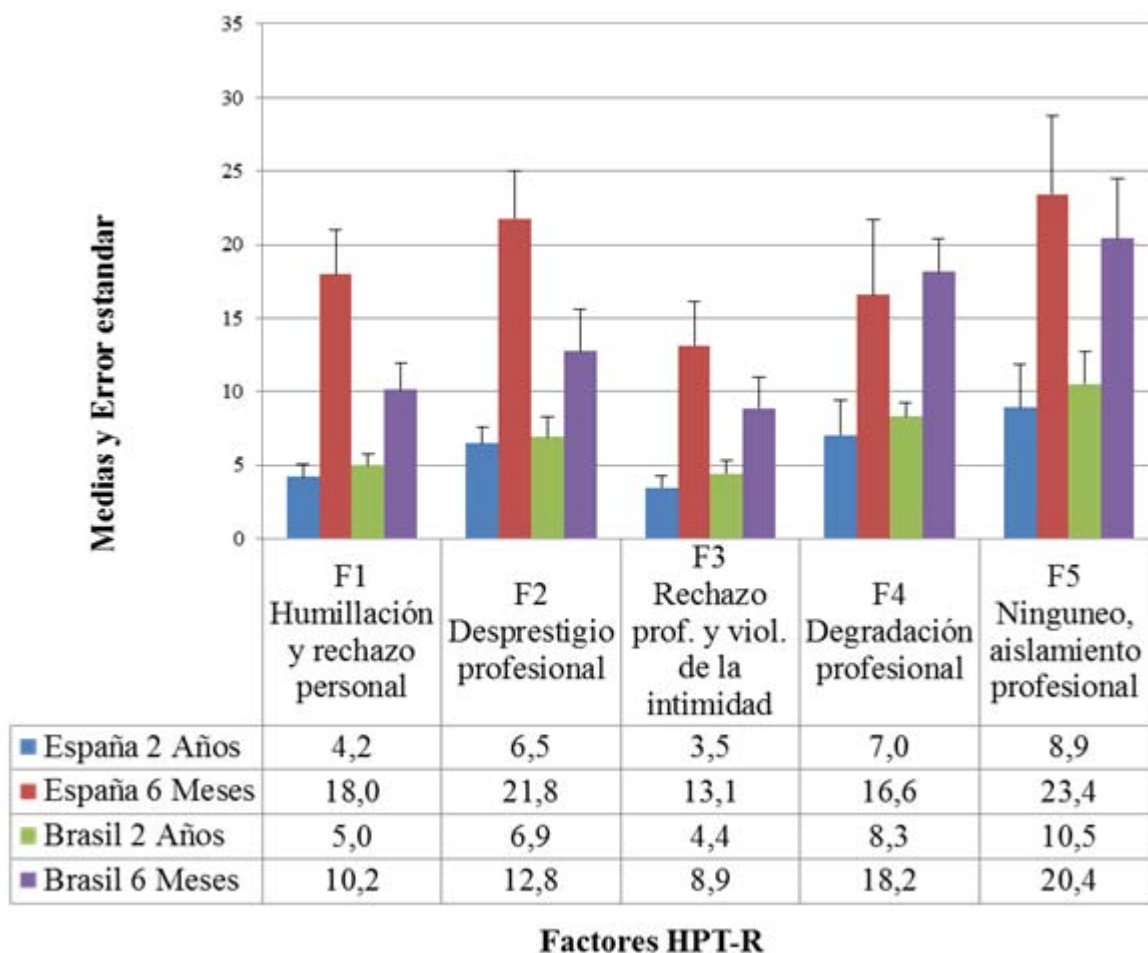


Figura 29. Valoración de las conductas de hostigamiento percibidas por el personal de enfermería de Brasil y España según los factores del HPT-R

6. Relación entre el hostigamiento psicológico y las consecuencias o síntomas de estrés

Para el análisis estadístico del Cuestionario de Síntomas de Estrés se tomó como muestra sólo aquellos datos cuyos encuestados señalaron percibirse hostigados en el momento del estudio. De este modo, los resultados evidenciaron que el personal de enfermería español ($n = 42$) presentaba medias más elevadas para la mayoría de síntomas de estrés analizados, en contraste con la población brasileña estudiada ($n = 98$), aunque en pocos casos estas diferencias fueron significativas. En este sentido, el estadístico de Mann-Whitney puso de manifiesto que el personal de enfermería brasileño se mostraba significativamente más “Mareado” [$U = 932.500, p < .001$] que sus compañeros españoles. Por otra parte, el personal de enfermería español percibe significativamente más “Inquieto, sobresaltado” [$U = 1448.500, p < .05$], que sus colegas brasileños (Tabla 14).

Tabla 14. *Análisis estadístico de los síntomas de estrés presentados por las personas que se percibieron hostigados en el momento del estudio en Brasil y España*

Nº	Síntomas de estrés	Brasil (<i>n</i> = 98)	España (<i>n</i> = 42)	U de Mann-Whitney
		<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)	
1	Mareado	1.43 (0.88)	0.56 (0.71)	932.500, <i>p</i> = .000
2	Cansado, falta de energía	1.68 (0.91)	1.50 (1.04)	1775.000, <i>p</i> = .360
3	Nervioso	1.34 (0.88)	1.57 (0.89)	1665.500, <i>p</i> = .087
4	Oprimido, con el cuerpo tenso	1.37 (0.88)	1.55 (0.94)	1767.000, <i>p</i> = .192
5	Asustado, como con sensación de estar siendo amenazado	1.10 (1.07)	1.31 (1.14)	1848.500, <i>p</i> = .321
6	Con poco apetito	0.52 (0.75)	0.73 (0.95)	1773.500, <i>p</i> = .254
7	Con taquicardia	0.77 (0.85)	0.98 (0.95)	1802.000 <i>p</i> = .248
8	Desesperanzado	1.11 (1.01)	1.07 (0.90)	1999.500, <i>p</i> = .963
9	Inquieto, sobresaltado	0.96 (0.92)	1.35 (.90)	1448.500, <i>p</i> = .014
10	Con fallos de memoria	1.20 (1.00)	1.02 (1.05)	1751.500, <i>p</i> = .306
11	Con dolores en el pecho, dificultades para respirar o sensación de no tener suficiente aire	0.62 (0.86)	0.56 (0.81)	1926.000, <i>p</i> = .664
12	Con sentimientos de culpa	0.57 (0.73)	0.73 (0.97)	1887.500, <i>p</i> = .598
13	Preocupado	1.59 (0.91)	1.60 (1.06)	1908.500, <i>p</i> = .954
14	Con dolores musculares, como reumáticos	1.32 (1.15)	1.40 (1.15)	1879.500, <i>p</i> = .696
15	Pensado que la gente me mira mal, o piensa mal de mí	0.94 (0.91)	0.88 (1.04)	1803.000, <i>p</i> = .491

Tabla 14 (continuación)

N	Síntomas de estrés	Brasil (<i>n</i> = 98)	España (<i>n</i> = 42)	U de Mann-Whitney
		<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)	
16	Con temblores	0.56 (0.74)	0.50 (0.78)	1834.500, <i>p</i> = .501
17	Con dificultades para pensar con claridad	1.07 (0.99)	0.85 (0.93)	1651.500, <i>p</i> = .222
18	Fracasado, pensando que no valgo para nada	0.59 (0.94)	0.68 (0.96)	1855.500, <i>p</i> = .469
19	Tenso	1.32 (0.91)	1.46 (0.92)	1783.500, <i>p</i> = .313
20	Inferior a otras personas	0.78 (0.99)	0.76 (0.97)	1947.000, <i>p</i> = .914
21	Con partes del cuerpo entumecidas, envaradas, adormecidas	0.96 (1.08)	0.85 (1.14)	1785.000, <i>p</i> = .429
22	Irritable	1.52 (1.01)	1.39 (0.92)	1864.500, <i>p</i> = .546
23	Pensando cosas que no puedo quitarme de la cabeza/mente	1.48 (1.00)	1.54 (1.00)	1886.500, <i>p</i> = .688
24	Sin interés por las cosas	0.91 (0.97)	1.08 (0.97)	1733.000, <i>p</i> = .299
25	Infeliz, deprimido	0.90 (1.00)	1.08 (0.98)	1687.500, <i>p</i> = .258
26	Con ataques de pánico	0.34 (0.69)	0.46 (0.82)	1756.000, <i>p</i> = .394
27	Con debilidad en algunas partes del cuerpo	0.42 (0.67)	0.71 (1.03)	1806.500, <i>p</i> = .270
28	Incapaz de concentrarme	0.89 (0.81)	1.05 (0.99)	1875.500, <i>p</i> = .506
29	Con insomnio, con sueño intranquilo o con pesadillas	1.02 (1.08)	1.24 (1.05)	1783.000, <i>p</i> = .222
30	Me despierto muy temprano y me cuesta volver a dormir	1.05 (1.05)	1.07 (1.12)	1983.500, <i>p</i> = .980
31	Otros	1.38 (1.54)	2.40 (0.90)	58.500, <i>p</i> = .057

7. Relación entre el hostigamiento psicológico y los estilos de afrontamiento utilizados por el personal de enfermería de Brasil y España

De acuerdo con el análisis *post-hoc* de Mann-Whitney, se observaron diferencias significativas en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento entre los dos grupos estudiados (Tabla 15). En este sentido, el personal de enfermería brasileño adoptó significativamente más estrategias de afrontamiento de tipo positivas/activas ante situaciones estresantes, como “Búsqueda de Soluciones” ($M = 2.99$, $DE = .95$, $p = .000$) y Religiosidad ($M = 3.75$, $DE = 1.26$, $p = .000$), mientras que, en España, predominó el uso de estrategias de tipo evitativa/negativa. Así, las estrategias tipo “Culpación de Otros” ($M = 2.29$, $DE = .78$, $p = .000$), “Represión Emocional” ($M = -.61$, $DE = .71$, $p = .023$), “Resignación” ($M = 2.72$, $DE = 1.00$, $p = .000$) y “Escape” ($M = 2.16$, $DE = .75$, $p = .002$) fueron significativamente más utilizadas entre el personal de enfermería español. Sin embargo, el análisis de los datos también evidenció que la “Autoculpación” ($M = 2.55$, $DE = .96$, $p = .015$) fue significativamente más utilizada en Brasil, mientras que la “Contabilización de Ventajas” ($M = 3.16$, $DE = 1.20$, $p = .001$) fue significativamente más utilizada entre el personal español encuestado.

Tabla 15. Estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería de Brasil y España ante situaciones estresantes

Factor	Concepto	Tipo de conducta	Estadístico		
			Brasil (<i>n</i> = 274) <i>M</i> (<i>DE</i>)	España (<i>n</i> = 285) <i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>U</i> de Mann-Whitney
1	Pensamiento Positivo	Activa	3.22 (.99)	3.36 (.84)	36269.000, <i>p</i> = .165
2	Culpación de Otros	Evitativa	2.02 (.80)	2.29 (.78)	30827.500, <i>p</i> = .000
3	Pensamiento Desiderativo	Evitativa	3.21 (1.13)	3.33 (.99)	36773.000, <i>p</i> = .326
4	Búsqueda de Apoyo Social	Activa	2.99 (1.07)	3.10 (.93)	36765.500, <i>p</i> = .258
5	Búsqueda de Soluciones	Activa	2.99 (.95)	2.71 (.78)	30397.500, <i>p</i> = .000
6	Represión Emocional	Evitativa	-.50 (.64)	-.61 (.71)	34742.000, <i>p</i> = .023
7	Contabilización de Ventajas	Activa	2.80 (1.20)	3.16 (1.20)	31937.000, <i>p</i> = .001
8	Religiosidad	Activa	3.75 (1.26)	1.67 (.90)	8708.000, <i>p</i> = .000
9	Autoculpación	Evitativa	2.55 (.96)	2.17 (.93)	29746.000, <i>p</i> = .000
10	Resignación	Evitativa	2.12 (.91)	2.72 (1.00)	25240.500, <i>p</i> = .000
11	Escape	Evitativa	1.97 (.79)	2.16 (.75)	33070.00, <i>p</i> = .002

7.1. Estrategias de afrontamiento empleadas por las víctimas y por las no víctimas de hostigamiento psicológico en el trabajo

Para una correcta valoración de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las víctimas y no víctimas de hostigamiento psicológico en el trabajo, se analizaron sólo los datos reportados por aquellos que se percibieron hostigados en el momento del estudio, puesto que la percepción de sentirse víctima es una variable condicional en el contexto del *mobbing*. En este sentido, los análisis descriptivos evidenciaron que el personal de enfermería de Brasil y España afrontaba de forma distinta las situaciones de estrés a que eran sometidos (Tabla 16). Así, se observó que en Brasil las personas que se percibieron hostigadas en el momento del estudio eligieron significativamente más las estrategias de afrontamiento de “Religiosidad” ($U = 3.64, p = .000$) y “Autoculpación” ($U = 2.58, p = .015$), mientras que la estrategia de “Resignación” ($U = 1.23, p = .000$) predominó entre la población española estudiada. Por otra parte, también se constató que el personal de enfermería brasileño que se consideraba víctima de *mobbing* en el momento de estudio mostraba una mayor tendencia al uso de estrategias de afrontamiento de tipo activa, presentando medias más elevadas para las estrategias de “Pensamiento Positivo”, “Búsqueda de Soluciones” y “Contabilización de Ventajas”, comparadas con las medias españolas, aunque tales diferencias no fueron significativas. Contrariamente a la tendencia más positivista mostrada por los brasileños, el personal de enfermería español presentó medias más elevadas, aunque no significativas, para la mayoría de estrategia de afrontamiento de tipo evitativas (Tabla 16).

Respecto a la información reportada por aquellos que negaron padecer hostigamiento psicológico en el momento del estudio, los análisis mostraron consonancia con los resultados anteriormente citados, donde se constató que, ante las situaciones de estrés, el personal de enfermería brasileño adopta estrategias de afrontamiento predominantemente de tipo activa, de la misma forma que en España la tendencia a elegir estrategias de tipo evitativa se

mantuvo entre los profesionales estudiados. En este sentido, en Brasil, aquellos que negaron estar sometidos a conductas de *mobbing* utilizaron significativamente más las estrategias de afrontamiento “Búsqueda de Soluciones” ($U = 25.98, p = .000$), “Religiosidad” ($U = 36.57, p = .000$) y “Autoculpación” ($U = 26.29, p = .000$), mientras que, en España, las estrategias habituales fueron “Culpación de Otros” ($U = 15.50, p = .000$), “Pensamiento Desiderativo” ($U = 18.41, p = .027$), “Represión Emocional” ($U = 23.90, p = .038$), “Contabilización de Ventajas” ($U = 16.26, p = .000$), “Resignación” ($U = 13.87, p = .000$) y “Escape” ($U = 17.63, p = .003$), siendo estas utilizadas significativamente más por la muestra española (Tabla 16).

Tabla 16. Estrategias de afrontamiento empleadas por las personas encuestadas en Brasil y España, según se perciban o no hostigadas (IC=95%)

Factor	Concepto	Hostigados				U-Mann Whitney	No hostigados				U-Mann Whitney
		Brasil		España			Brasil		España		
		(n = 98)		(n = 42)			(n = 98)		(n = 42)		
		Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE	
1	Pensamiento Positivo	3.31	.76	3.13	.89	2.27, <i>p</i> = .312	3.17	1.10	3.40	.83	19.24, <i>p</i> = .092
2	Culpación de Otros	2.22	.74	2.42	.87	1.74, <i>p</i> = .150	1.91	.83	2.27	.78	15.50, <i>p</i> = .000
3	Pensamiento Desiderativo	3.56	.99	3.55	1.05	2.03, <i>p</i> = .918	3.02	1.17	3.28	.99	18.41, <i>p</i> = .027
4	Búsqueda de Apoyo Social	3.23	.86	3.25	1.00	2.03, <i>p</i> = .909	2.86	1.16	3.08	.92	18.99, <i>p</i> = .058
5	Búsqueda de Soluciones	3.00	.78	2.82	.86	2.34, <i>p</i> = .197	2.99	1.05	2.70	.77	25.98, <i>p</i> = .000
6	Represión Emocional	-.52	.66	-.65	.81	2.26, <i>p</i> = .334	-.51	.63	-.61	.69	23.90, <i>p</i> = .038
7	Contabilización de Ventajas	3.10	1.02	3.05	1.25	2.01, <i>p</i> = .844	2.69	1.29	3.19	1.20	16.26, <i>p</i> = .000
8	Religiosidad	3.84	1.07	1.91	1.03	3.64, <i>p</i> = .000	3.69	1.36	1.63	.88	36.57, <i>p</i> = .000
9	Autoculpación	2.49	.91	2.07	1.13	2.58, <i>p</i> = .015	2.57	.99	2.17	.89	26.29, <i>p</i> = .000
10	Resignación	2.17	.85	2.92	1.13	1.23, <i>p</i> = .000	2.10	.95	2.69	.98	13.87, <i>p</i> = .000
11	Escape	2.10	.77	2.43	.95	1.64, <i>p</i> = .061	1.91	.80	2.12	.71	17.63, <i>p</i> = .003

8. Relación entre el hostigamiento psicológico en el trabajo y las variables del estudio

Al igual que con las variables sociodemográficas, se realizó un análisis de regresión logística para determinar la asociación entre las demás variables del estudio (suma total y factores del HPT-R, factores del CEA y suma total del Cuestionario de Síntomas de Estrés) y el hostigamiento psicológico en el trabajo. En este sentido, para conocer los efectos principales y de asociación entre dichas variables y el fenómeno estudiado, se seleccionó como variable dependiente la percepción de hostigamiento en el momento del estudio, a la cual denominamos “Hostigado”, señalada por el personal de enfermería de Brasil y España.

Se realizó un análisis multivariante, donde las variables independientes entraron en la ecuación por pasos sucesivos. Primeramente se introdujo la variable “suma HPT-R” seguida por la variable “País”. En el primero y segundo paso se observó una asociación significativa entre ambas variables y el *mobbing*, aunque el ajuste de los datos no se mostrara satisfactorio, $\chi^2(2, 543) = 123.424, p = .000$. En el tercer y cuarto paso se introdujeron sucesivamente las variables referentes a la suma total del Cuestionario de Consecuencia de Estrés y los 5 factores del HPT-R (Humillación y Rechazo Personal, Desprestigio Profesional, Rechazo Profesional y Violación de la Intimidad, Degradación Profesional, y Ninguneo-Aislamiento Profesional). En estos dos últimos análisis se mantuvo la significación estadística de las dos primeras variables (suma HPT-R y País) agregándose a ellas la suma total del Cuestionario de Consecuencia de Estrés y el Factor 1 del Cuestionario de HPT-R (Humillación y Rechazo Personal). Además de una fuerte asociación de dichas variables con el hostigamiento psicológico, el contraste Chi-cuadrado evidenció un buen ajuste de los datos $\chi^2(8, 543) = 5.513, p = .702$. En el quinto y último paso, se introdujeron los factores del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento -CEA- (Pensamiento Positivo, Culpación de Otros, Pensamiento Desiderativo, Búsqueda de Apoyo Social, Búsqueda de Soluciones, Represión Emocional, Contabilización de Ventajas, Religiosidad, Autoculpación, Resignación y

Escape), donde sólo el Factor 5 (Búsqueda de Soluciones) permaneció en la ecuación, con una asociación negativa, aunque no significativa, con la percepción de hostigamiento. Así, el modelo final queda constituido por cinco variables, cuatro de ellas con una asociación significativa con la percepción de hostigamiento en el trabajo. La prueba de Omnibus evidencia que el quinto modelo es significativamente mejor que lo anteriores, $\chi^2 (5, 543) = 148.476, p = .000$, de la misma forma que el test de Hosmer-Lemeshow muestra un buen ajuste de los datos, $\chi^2 (8, 543) = 5.316, p = .723$. De este modo, de acuerdo con los resultados obtenidos, cuanto mayor es la suma total de cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo (HPT-R) mayor es su grado de asociación con la percepción de acoso. Asimismo, pertenecer a la población española estudiada disminuiría en .22 veces la asociación con el sentirse hostigado. En esta misma línea, los resultados evidenciaron que el percibirse acosado en el trabajo aumenta en 2.4 veces el sentimiento de humillación y rechazo personal, de la misma forma que dicha percepción aumenta proporcionalmente la puntuación total del cuestionario de síntomas de estrés. Es decir, cuanto mayor es la suma total obtenida en el Cuestionario de Síntomas de Estrés, mayor es el grado de asociación con el *mobbing*. Por otra parte, la Búsqueda de Soluciones se asocia negativamente con la percepción de sentirse hostigado en el trabajo, aunque su grado de asociación no sea significativo (Tabla 17).

Tabla 17. *Análisis de regresión logística entre la percepción de hostigamiento y las variables del estudio en Brasil y España*

Variables	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp(B)	IC 95% para		Prueba de HosmeryLemeshow
							Exp(B)	Exp(B)	
							Inferior	Superior	
Modelo									$\chi^2 (8, 543) = 5.316, p = .723$
País (1)	-1.479	.252	34.478	1	.000	.228	.139	.373	
Suma HPT	.024	.011	4.669	1	.031	1.024	1.002	1.046	
Fact. 1 (HPT-R)	.889	.369	5.800	1	.016	2.433	1.180	5.017	
Fact.5 (CEA)	-.270	.139	3.804	1	.051	.763	.582	1.001	
SumaSintEstrés	.029	.007	17.416	1	.000	1.029	1.015	1.044	
Constante	-1.171.	.417	7.880	1	.005	.310			

Codificación:

País: 0 = Brasil, 1 = España; **Factor 1 (HPT-R):** Humillación y rechazo personal; **Factor 5 (CEA):** Búsqueda de Soluciones; **SumaSintEstrés:** Suma total del Cuestionario de Síntomas de Estrés

VI. Discusión

El presente estudio cumple con éxito su objetivo principal, el de comparar la percepción de hostigamiento psicológico entre el personal de enfermería de Brasil y España, en una muestra representativa de los respectivos hospitales, algo inusual en este campo de estudio (Quine, 1999; Kivimäki et al., 2000; Ferns & Meerabeau, 2007).

Al confirmar en casi su totalidad las hipótesis planteadas inicialmente para este trabajo, los datos ponen en entredicho la subjetividad del *mobbing*, un fenómeno que ha acaparado la atención de muchos investigadores a lo largo de los últimos 20 años y que, a su vez, viene desencadenando un volumen cada vez mayor de trabajos científicos. Así, los resultados encontrados en este estudio evidenciaron que el maltrato psicológico en enfermería es ostensible, puesto que más de una cuarta parte de los profesionales encuestados señalaron percibirse hostigados en el momento del estudio (98 y 42 en Brasil y España, respectivamente; $n = 556$) y donde la prevalencia de testigos se acerca al 18% (42 y 58 en Brasil y España respectivamente; $n = 556$).

Aunque dichas prevalencias están en consonancia con la literatura revisada (Quine, 1999, 2001; Yildirim, 2009; Pai & Lee, 2011; Barbosa et al., 2011, etc.), su comparación debe ser interpretada con precaución debido a las diferencias cronológicas en la realización de los diferentes estudios, los instrumentos utilizados y los criterios de medida considerados. Sin embargo, los importantes síntomas de estrés reportados por las víctimas y la elevada prevalencia de testigos encontrada en este estudio nos inducen a reflexionar sobre la situación de la enfermería en la actualidad y sobre las consecuencias del *mobbing* sobre su práctica profesional, conforme se discutirá a continuación.

1. Percepción de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España, según los criterios de medida contemplados en el HPT-R

En lo que se refiere a la percepción de hostigamiento reportada por el personal de enfermería de Brasil y España los resultados confirmaron la **primera hipótesis** planteada para este estudio. De este modo, respaldando trabajos anteriores (Salin, 2003b; Agervold, 2007; Nielsen et al., 2009; Efe & Ayaz, 2010; Barbosa et al., 2011), los datos evidenciaron discrepancias en la percepción de hostigamiento entre ambas muestras estudiadas según el criterio de medida utilizado. Sin embargo, se observó que el personal de enfermería brasileño se vio significativamente más afectado por el maltrato psicológico que sus colegas españoles, presentando una prevalencia más elevada en 2 de los 3 criterios de medida descritos en el HPT-R. Asimismo, se observó que la enfermería brasileña presentaba un mayor riesgo de padecer conductas hostiles en su lugar de trabajo, puesto que la media de la puntuación de riesgo obtenida a partir del HPT-R entre estos profesionales, fue significativamente más elevada que entre el personal de enfermería español.

La variabilidad obtenida respecto a las prevalencias de hostigamiento psicológico en el trabajo refrendada ya en la literatura publicada (Nielsen et al., 2009; Simons & Mawn, 2010; Efe & Ayaz, 2010) se podría atribuir a varios factores, entre los que destacan: el precario consenso en la vertiente operacional del fenómeno, su subjetividad y cambios organizacionales del sector.

Respecto a la precariedad del consenso en la vertiente operacional del *mobbing*, se constata que genera cierto conflicto, puesto que los criterios de medida suelen variar de un estudio a otro, aunque se observa una mayor tendencia a respetar las indicaciones de Leymann. No obstante, según señala Agervold (2007), los umbrales de frecuencia (al menos una vez a la semana) y temporalidad (al menos 6 meses) propuestos originalmente (Leymann, 1996) podrían, hasta cierto punto, haber sido establecidos al azar, puesto que un periodo más

corto de tiempo o una menor frecuencia también podrían ser indicadores de *mobbing*. Sin embargo, según añade el referido autor, el periodo de tiempo acotado por Leymann es razonable, una vez que nos permite hablar de una situación de estrés sostenida en el lugar de trabajo, y no de un conflicto puntual. Además, Agervold defiende que la elasticidad de los criterios de medida de hostigamiento psicológico induce a que este fenómeno pierda peso y seriedad. Sin embargo, aunque los criterios de medida fijados por Leymann (1996) sean considerados en muchos estudios (Simons, 2008; Nielsen et al., 2009; Johnson & Rea, 2009, entre otros) la literatura científica aborda otros criterios no menos válidos. Así, algunos trabajos centran su atención en el tipo de comportamiento hostil, más que en su reiteración (Einarsen & Skogstad, 1996; Carreras, Cosculluela, Freixa, Gómez & Lucaya, 2002), señalando incluso que un único acto suficientemente amenazante podría inducir a una persona al proceso de hostigamiento psicológico (Adams, 1992), si existiera un gradiente de poder entre los involucrados, sea este real o percibido (Duffy, 1995). Por otro lado, algunos estudios consideran criterios de temporalidad más amplios que los establecidos por Leymann. En este sentido, Rutherford y Rissel (2004), A. Yildirim y D. Yildirim (2007) y Yildirim (2009) contemplan una frecuencia de conductas hostiles perpetradas durante el intervalo de 1 año para que una persona sea considerada como víctima de *mobbing*.

La subjetividad del fenómeno es otro factor considerable, puesto que nos referimos a una percepción a lo largo del tiempo, donde el inicio del proceso suele ser ambiguo y las personas sólo se dan cuenta de que son víctima cuando ocurre una secuela, tras un largo periodo de maltrato (Agervold, 2007). Esta particularidad del *mobbing* u hostigamiento psicológico podría estar potenciada por el sesgo del recuerdo (Pai & Lee, 2011) y/o el sesgo de los autoinformes, en lo que Coyne et al. (2003) señalan como un “exceso de subjetividad” que induce a sobre-informar o sub-informar las conductas percibidas. En esta línea, Zapf et al. (2003) advirtieron que, dadas las dificultades para contabilizar la exposición al *mobbing*,

muchos estudios podrían subestimar las prevalencias obtenidas. Por otro lado, algunos trabajos (Einarsen, 2000; Salin, 2001; Agervold, 2007) han puesto de manifiesto que, aunque la persona sufra conductas hostiles continuadas, su percepción de sentirse o no hostigada es condicional para hablar de acoso.

Otros factores importantes, que podrían influir considerablemente en las distintas prevalencias obtenidas, serían los cambios laborales continuados que sufren los sectores de trabajo (Aiken et al., 2001; Nielsen et al., 2009), como los comportamientos micropolíticos (Salin, 2001, 2003b; Gil-Monte et al., 2006; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007) o el reajuste de personal que conlleva una elevada carga laboral (Quine, 2001; Yildirim, 2009; Simons & Mawn, 2010; Huntington, et al., 2011).

Al margen de los posibles conflictos que puedan generar las discrepancias en las prevalencias encontradas en este estudio, se observa un claro consenso sobre la predisposición del colectivo de enfermería a padecer conductas hostiles insidiosas y sistemáticas en su lugar de trabajo. De esta manera, múltiples estudios ponen de manifiesto la vulnerabilidad de este colectivo ante el maltrato psicológico en el trabajo (Quine, 2001; Mayhew & Chappell, 2001; Wells & Bowers, 2002; Palácios et al., 2003; Ferrinho et al., 2003; Rutherford & Rissel, 2004; Jackson & Ashley, 2005; Farrell et al., 2006; Kwok et al., 2006; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; Yildirim, 2009; Ozturk et al., 2008; Vessey et al., 2009; Topa et al., 2009; Simons & Mawn, 2010; Pai & Lee, 2011; Barbosa et al., 2011; Castellón, 2011; Huntington et al., 2011). Así, el Sindicato de Enfermería Español (Satse, 2002) y Jackson et al. (2002) constataron que el hostigamiento psicológico se había convertido en el riesgo psicosocial más frecuente entre estos profesionales. Por otra parte, A. Yildirim y D. Yildirim (2007) enfatizaron que la violencia verbal y psicológica en enfermería se debía a las características propias de la profesión. En este sentido, algunos trabajos (Stevens, 2002; Simons & Mawn, 2010; Castellón, 2011) advierten que la intimidación

habitualmente había sido exculpada en este colectivo por una cuestión cultural, y cultivada institucionalmente (universidades, colegios profesionales, hospitales, etc.) a lo largo del tiempo. Según Meisner (2000), se ha creado en enfermería una estructura de orden “férreo” que exige obediencia a ciegas, limitando las iniciativas y el crecimiento profesional de estos trabajadores.

En consonancia con los trabajos anteriormente citados, Hutchinson, Vickers, Jackson y Wilkes (2006), Vessey et al. (2009) y Katrinli et al. (2010) pusieron en evidencia que la acentuada frecuencia de comportamientos hostiles en enfermería generaba una imagen de que el hostigamiento era una realidad intrínseca a la profesión llevándoles a una aceptación pasiva de ello. Así, Lewis (2006) encontró que algunas supervisoras de enfermería abogaron por el uso de la intimidación como un método para cumplir las metas establecidas. Por otro lado, Juárez-García et al. (2005), a pesar de no encontrar evidencias empíricas de que las enfermeras son los profesionales más susceptible de padecer hostigamiento, señalaron una serie de indicadores que podrían justificar esta tendencia, entre los que destacaron: 1) el hecho de estar compuesto por una población básicamente femenina y con edades especialmente vulnerables; 2) tener un rol asistencial con bajo nivel jerárquico, empatía y actitud de no-confrontación; 3) desempeñar un trabajo con poca claridad de funciones, excesos y ambigüedad jerárquica; 4) pertenecer a un colectivo con una mala organización y precariedad laboral; y 5) una clara indiferencia por la salud de los trabajadores por parte de las organizaciones. En consonancia con el trabajo anteriormente citado, el Satse (2002) concluyó que el hostigamiento en este colectivo se debe al peso específico que tienen las mujeres en la profesión, a su múltiple dependencia jerárquica y a una actitud pacifista. Además, muchas enfermeras consideran el maltrato como parte de su trabajo (Sofield & Salmond, 2003; Lewis, 2006; Edwards & O’Connell, 2007; Simons & Mawn, 2010;

Hutchinson, Wilkes et al., 2010), lo que no sólo inhibe a que los demás las ayuden a afrontarlo, sino que también fomenta la agresión.

1.1 Comparación entre los resultados de ambas muestras

Las discrepancias respecto a la percepción de hostigamiento psicológico reportadas por las muestras estudiadas, siendo ésta mayor en Brasil que en España, se podría atribuir a las diferencias existentes entre los profesionales de ambos países (Salin, 2001; Agervold, 2007).

Cabe destacar que, a pesar de pertenecer a un mismo colectivo profesional, ambas muestras comparten pocas características sociodemográficas y laborales en común. Es interesante recordar que Brasil, al contrario de España, es un país en vías de desarrollo, donde todavía se hacen tangibles las diferencias sociales y culturales. Este hecho podría justificar que casi un tercio de los profesionales de enfermería brasileños indicaron tener más de un trabajo, mientras que, en España, poco más de una décima parte de los encuestados se encontraban en esta situación. El pluriempleo resaltado por la enfermería brasileña podría incrementar la percepción de sobrecarga laboral, así como el estrés por tener que compaginar dos trabajos distintos y conciliar la vida laboral con la personal. En este sentido, hay suficientes evidencias científicas que muestran que la percepción de la sobrecarga laboral podría incrementar o ser un precursor de la percepción de acoso psicológico en el trabajo (Hoel & Cooper, 2000; Quine, 2001; Lewis, 2006; Yildirim, 2009; Einarsen et al., 2009; Lindy & Schaefer, 2010; Simons & Mawn, 2010). Asimismo, Yildirim (2009) resalta que la sobrecarga de trabajo no sólo se percibe por un número insuficiente de trabajadores, sino también por la falta de experiencia o habilidades para el desempeño de las tareas por parte de los mismos. Según señala dicha autora, la excesiva carga de trabajo impide que el personal de enfermería termine su labor en el tiempo estipulado, dando lugar a una menor satisfacción laboral e aumentando las posibilidades de errores. Huntington et al. (2011) también

encontraron que la sobrecarga laboral estaba asociada a una menor satisfacción laboral y a un mayor agotamiento físico y mental por parte de los profesionales de enfermería.

Por otra parte, los resultados pusieron de manifiesto que la enfermería brasileña encuestada estaba constituida en su mayoría por personal técnico (formación secundaria) y auxiliar (formación elemental), mientras que en España la inmensa mayoría de los profesionales que contestaron a la batería evaluativa señalaron tener una formación universitaria. En este sentido, la literatura pone en evidencia que un elevado nivel de educación podría actuar como un factor protector frente al hostigamiento (Agervold, 2007; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Sanz et al., 2008; Salin, 2001). Este hecho podría contribuir a justificar las prevalencias de hostigamiento encontradas en este trabajo.

Por todo lo antedicho, se considera que las diferencias respecto a las porcentajes de hostigamiento percibido en este estudio pudieron estar influenciadas por el contexto cultural y social que abarca cada país, factores que, como han señalado algunos autores (Zapf et al., 2003; Agervold, 2007; Lutgen-Sandvik et al., 2009) pueden influir en los ratios de prevalencia de *mobbing*.

2. Prevalencia de testigos de hostigamiento psicológico en el personal de enfermería de Brasil y España

En cuanto a la prevalencia de los testigos en el entorno laboral de la enfermería, los resultados confirman la **segunda hipótesis** planteada para este estudio. Así, los análisis estadísticos ponen en evidencia que las conductas de maltrato psicológico en enfermería son bastante manifiestas, dado el elevado porcentaje de testigos encontrados en las muestras estudiadas (20.4% y 15.3% en España y Brasil, respectivamente).

Resulta importante resaltar que las personas que se auto-indicaron testigos de las conductas de *mobbing* no se percibían hostigadas en el momento del estudio ni en los últimos

6 meses previos a éste, lo que podría conferir, según Agervold (2007), cierta fiabilidad a la información reportada por los mismos.

Diversos estudios indican que la prevalencia de testigos de hostigamiento psicológico en el contexto laboral de enfermería es relevante. Así, Lewis (2006) señaló que el 85.0% del personal de enfermería en el Reino Unido había testificado o había sido víctimas de acoso. Asimismo, Quine (1999, 2001, 2009), en diferentes estudios realizados con trabajadores británicos, mostró prevalencias elevadas de testigos tanto en el colectivo sanitario en su conjunto (42.0%), como en la enfermería (50.0%) y en el colectivo médico (69.0%). En consonancia con los trabajos anteriormente citados, Hoel y Cooper (2000) encontraron que el número de testigos en el personal sanitario del Reino Unido ascendía al 46.2%. Asimismo, Lindy y Schaefer (2010) señalaron que todos los gestores encuestados en su estudio indicaron haber testificado situaciones de hostigamiento mientras trabajaban como enfermeros.

No obstante, pese al elevado número de testigos encontrados en los diferentes estudios sobre el hostigamiento psicológico, no se ha observado su apoyo hacia las víctimas, probablemente porque se sienten intimidados por las conductas observadas y por el apoyo encubierto de la organización hacia estas conductas (Lutgen-Sandvik et al., 2009; Namie & Lutgen-Sandvik, 2010). En este sentido, Hutchinson, Wilkes et al. (2010) advierten que, si las personas perciben que las conductas de hostigamiento son toleradas en el ambiente laboral, estos comportamientos pueden ser enmarcados como parte del trabajo, no siendo denunciados ni por las víctimas de dichos comportamientos ni tampoco por los testigos de ellos. Por otro lado, el citado trabajo también resalta que las personas pueden ser reclutadas a apoyar el hostigamiento de otros, sobre todo si las conductas hostiles son perpetradas por personas de un rango jerárquico superior o hay una diferencia de poder real o percibido entre hostigador y víctima.

Por otra parte, hay constancia en la literatura de que los testigos son considerados víctimas secundarias del hostigamiento de los demás, puesto que se ven indirectamente afectados por ello (Hoel et al., 2001; Lutgen-Sandvik et al., 2009; Namie & Lutgen-Sandvik, 2010). Así, algunos estudios advierten que los testigos de maltrato psicológico en el trabajo son más propensos a padecer problemas físicos y mentales que los no testigos, además de elevados niveles de estrés (Vartia, 2001), mayor insatisfacción laboral y una menor productividad en la realización de sus tareas, comparado con aquellos que no se habían percatado de este fenómeno (Hoel & Cooper, 2000; Edwards & O'Connell, 2007).

3. Percepción de la procedencia de hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España

En cuanto a la procedencia del hostigamiento psicológico en personal de enfermería de Brasil y España, los resultados confirman la **tercera hipótesis** planteada para este estudio. En este sentido, la muestra española señaló a los compañeros como hostigadores habituales en su entorno laboral, mientras que el personal de enfermería brasileño reportó como principales hostigadores a sus supervisores. Ambos datos están en consonancia con la literatura revisada, donde se evidencia un hostigamiento preponderantemente intraprofesional (Lewis, 2006; Woelfle & McCaffrey, 2007; Efe & Ayaz, 2010; Barbosa et al., 2011; Castellón, 2011; Huntington et al., 2011). De acuerdo con estos resultados, los trabajos llevados a cabo por Daiski (2004) y Simons y Mawn (2010) vienen a corroborar esta tendencia al poner de manifiesto que muchos de los encuestados, en los respectivos estudios, indicaron textualmente que “las enfermeras destruyen a sus jóvenes”.

Según las aportaciones que hacen estos trabajos, el maltrato psicológico empieza ya en los primeros contactos con el entorno laboral, cuando los alumnos de enfermería aún están en prácticas curriculares. En este sentido, son varios los estudios que advierten que el

hostigamiento psicológico en el trabajo es un comportamiento habitual en la transición estudiante-enfermera y que este comportamiento induce a una realimentación del fenómeno dentro de la profesión (Meissner, 2000; Randle, 2003; Mckenna et al., 2003; Ferns & Meerabeau, 2007; Ozturk et al., 2008; Vessey et al., 2009). En consonancia con los estudios anteriormente citados, Katrinli et al. (2010) observaron que las principales razones para el maltrato psicológico entre los profesionales de enfermería eran la necesidad de poder y el desempeño basado en la intimidación; y Barbosa et al. (2011) concluyeron que la violencia intraprofesional estaba relacionada con una elevada competitividad y con la búsqueda continuada de reconocimiento público de su trabajo.

Otras evidencias señalan que una de las causas de la violencia intraprofesional es el sentimiento de opresión que afecta al colectivo de la enfermería (Stevens, 2002), de forma que se utilizaría la agresión como medio de contrarrestar el sentimiento de impotencia (Johnson & Rea, 2009), inferioridad (Hutchinson et al., 2006) y frustración (Sofield & Salmond, 2003) generados por la profesión. Asimismo, Sofield y Salmond (2003) plantearon que la violencia intraprofesional en este colectivo está relacionada con la carencia de autonomía y control sobre su oficio y que las personas que están o se consideran subordinadas a grupos más poderosos aprenden ciertos comportamientos necesarios para su supervivencia. Según el citado trabajo, tales comportamientos generan sentimientos casi siempre negativos que son canalizados, en forma de agresión hacia los demás. En este sentido, el trabajo conducido por Katrinli et al. (2010) puso de manifiesto que el hostigamiento psicológico en enfermería es un comportamiento deliberado, donde el acosador busca su propio beneficio, utilizando la agresión como un medio para solucionar sus problemas, lo que está en consonancia con otros estudios publicados (Lipscomb & Love, 1992; Hutchinson, Wilkes et al., 2010). Por otra parte, según los resultados de Farrell (1999) y Efe & Ayaz (2010), muchas enfermeras afirmaron que el hostigamiento intraprofesional es

más angustioso que el perpetrado por los pacientes o colegas de otras disciplinas. En este sentido, se observa que los resultados anteriormente citados y refrendados en nuestro estudio ponen en evidencia que el gran desarrollo científico y disciplinario de la enfermería en los últimos 50 años no ha podido superar los tabús y los perjuicios que envuelve la profesión (Castellón, 2011).

3.1. Comparación entre los resultados de ambas muestras

Si bien la procedencia del maltrato psicológico fue, en su mayoría, intraprofesional tanto en Brasil como en España, el hostigamiento descendiente percibido por el personal de enfermería brasileño podría estar asociado a las diferencias en el nivel de formación y de poder existente entre los enfermeros y los técnicos o auxiliares de enfermería, puesto que los primeros asumen cargos de jefatura y son los responsables del desarrollo eficiente de las tareas de los otros dos estamentos. También se podría atribuir dicha percepción a la diferencia de poder adquisitivo entre los diferentes rangos jerárquicos.

Aunque la variable “ingresos” no haya sido contemplada en este estudio, se ha constatado, a través de las oposiciones públicas celebradas al final de 2011 (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Edital 02/2011), que la diferencia salarial entre enfermeros y técnicos en enfermería supera el 60%. De este modo, aunque los ingresos puedan variar de una institución a otra (Barbosa et al., 2011), los datos citados muestran que los graduados en enfermería están mejor remunerados que los técnicos y, consecuentemente, que los auxiliares de enfermería. Este hecho podría incrementar la diferencia de poder percibida entre los colectivos y justificar en cierta medida la percepción reportada por los profesionales encuestados. De este modo, Barbosa et al. (2011) encontraron que la frecuencia de la agresión era inversamente proporcional a la remuneración, así, a menor sueldo mayor percepción de hostigamiento. Asimismo, el referido trabajo pone de manifiesto que cuanto

menor es la formación de los profesionales en enfermería mayor es el grado de agresión percibida.

Al contrario de los resultados encontrados en Brasil, en España, aunque se observen diferencias jerárquicas entre supervisores, enfermeros y auxiliares de enfermería y posiblemente en el nivel de ingresos de estos profesionales, socialmente estas diferencias no son tan evidentes, por lo que se podría considerar que hay cierto igualitarismo social, lo que reduciría la percepción de hostigamiento entre dichos profesionales (Topa et al., 2007; Agervold, 2007; Nielsen et al., 2009). Además, en el colectivo español, no hay diferencias en el nivel de formación de los profesionales destinados a los cuidados de los enfermos y los supervisores, puesto que estos últimos asumen cargos de confianza. Por lo tanto, la percepción del hostigamiento horizontal (RCN, 2006; Steinman, 2003) podría estar más relacionada con la necesidad de aceptación que tiene la enfermería por parte de los demás estamentos laborales (Daiski, 2004; Barbosa et al., 2011), el sentimiento de alienación y de no identificarse como parte de un colectivo (Pérez-Andrés et al., 2002; Simons & Mawn, 2010) o incluso a factores organizacionales (Topa et al., 2006; Einarsen y Hauge, 2006; Topa et al., 2007; Katrinli et al., 2010; Castellón, 2011).

4. Problemas de comunicación y relaciones interpersonales como principal fuente de hostigamiento en enfermería

En lo que se refiere al tipo de conductas hostiles perpetradas con mayor frecuencia contra el personal de enfermería estudiado, los resultados confirman la **cuarta hipótesis** planteada para este trabajo al poner en evidencia que los problemas de comunicación y relaciones interpersonales se destacaron como principales fuentes de maltrato psicológico en este colectivo. En este sentido, el “Ninguneo-Aislamiento Profesional” fue la dimensión del HPT-

R más señalada por los profesionales encuestados en ambos países, independientemente del lapso de tiempo considerado (últimos 2 años o últimos 6 meses previos al estudio). No obstante, se observó que el tiempo juega un papel importante sobre los recuerdos de las víctimas, puesto que se registraron diferencias significativas en la percepción de las conductas hostiles con el transcurso del tiempo, lo que se podría atribuir a un sesgo de memoria (Einarsen et al., 2009).

Los resultados encontrados están en consonancia con la literatura al recalcar los severos problemas interpersonales que afectan a la enfermería. Así, Efe y Ayaz (2010) encontraron que los problemas de comunicación y relaciones interpersonales fueron las principales fuentes de hostigamiento psicológico señalados por el personal de enfermería en Turquía. Otros estudios señalan que el abuso verbal (Jackson & Ashley, 2005; Ferrinho et al., 2003; Palácios et al., 2003; Lindy & Schaefer, 2010; Barbosa et al., 2011), la intimidación (RCN, 2006), las difamaciones y las conductas degradantes (Einarsen et al., 1998; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; Kamchuchat et al., 2008; Barbosa et al., 2011), el menosprecio (Rutherford & Rissel, 2004; Oweis & Mousa, 2005) o la humillación (Quine, 1999; Satse, 2002), son las conductas hostiles que más habitualmente han sido señaladas por el personal de enfermería de diferentes países. De este modo, la literatura pone en evidencia que el abuso verbal es tan frecuente en enfermería que resulta sorprendente que estos profesionales permanezcan en su oficio (Farrell, 1999) y que el impacto emocional de la violencia verbal se compara al impacto causado por la violencia física (Steinman, 2003).

Los problemas de comunicación y relación interpersonal en enfermería se podrían atribuir a factores culturales intrínsecos a la profesión que se han perpetuado en el tiempo, como por ejemplo, el conflicto y la ambigüedad de rol, o la falta de autonomía sobre sus funciones (Pérez-Andrés et al., 2002; Barbosa et al., 2011), justificando el abuso y el maltrato como parte de su trabajo (Stevens, 2002; Simons & Mawn, 2010; Katrinli et al., 2010,

Hutchinson, Wilkes et al., 2010). En este sentido, los trabajos conducidos por Topa et al. (2009), Einarsen et al. (2009), Matthiesen y Einarsen (2007) y Hauge et al. (2009) pusieron de manifiesto que la ambigüedad de rol y los conflictos interpersonales inducían a comportamientos agresivos que se asociaban significativamente con la aparición de hostigadores en el trabajo, perpetuando así la agresión. Hauge et al. (2009) encontraron también que la percepción de un trato injusto estaba estrechamente relacionada con la práctica de comportamientos hostiles en el ámbito laboral y que los individuos que habían sido expuestos, en mayor o menor medida, a conductas de hostigamiento mostraban una importante propensión a actuar como hostigadores. Por otro lado, Castellón (2011) sostiene que la formación profesional de la enfermería juega un papel importante en la ocurrencia de los conflictos laborales, puesto que podría estar relacionado con la construcción de una identidad profesional donde se mantienen valores culturales asociados al género y al uso del poder. Además, los resultados obtenidos en el citado trabajo pusieron en evidencia que la formación en enfermería está muy influenciada por la sobrevalorización de la técnica en detrimento de la innovación y de su propio desarrollo científico y de la profesión, lo que limita su autonomía e independencia laboral.

5. Relación entre el hostigamiento psicológico y las variables sociodemográficas y laborales en Brasil y España

En lo que se refiere a la influencia de las variables sociodemográficas en la incidencia del hostigamiento psicológico, los resultados confirman en parte la **quinta hipótesis** planteada para este trabajo.

Los análisis de regresión logística realizados entre las muestras de Brasil y España pusieron de manifiesto una escasa asociación entre las variables sociodemográficas y la

percepción de maltrato psicológico en el trabajo. Únicamente la variable género mostró una relación significativa con el fenómeno estudiado. Así, en enfermería, el hecho de pertenecer al género femenino incrementaba el riesgo de padecer hostigamiento, siendo este riesgo más acentuado en la población brasileña que en la española. Por otro lado, las variables laborales presentaron un mayor grado de asociación con la percepción de sentirse hostigado. En este sentido, los resultados mostraron que el deseo de abandonar la profesión se asocia significativamente con la percepción de sentirse hostigado en el trabajo, de la misma forma que la no participación en la toma de decisiones.

5.1. El género femenino como factor predisponente para el hostigamiento psicológico en enfermería

La influencia del género en el maltrato psicológico laboral se ha visto reflejada en varios estudios, donde se apunta a la mujer como víctima potencial en los casos de hostigamiento (Niedl, 1995; Zapf et al., 1996; Rayner, 1997; Hirigoyen, 2001; Justicia et al., 2006; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Salin et al., 2008; Salin, 2001; Zapf et al., 2003; Barbosa et al., 2011). Esto podría, en parte, justificar las elevadas prevalencias en la percepción de maltrato psicológico encontradas en nuestro estudio, puesto que el 86.3% de los participantes pertenecen al género femenino. No obstante, los resultados evidenciaron que el maltrato psicológico en este colectivo es esencialmente intraprofesional, lo que podría indicar que las mujeres, además de víctimas, también se destacaron como hábiles hostigadoras, confirmando así los hallazgos de otros estudios (Meinser, 2000; Jackson et al., 2002; Daiski, 2004; Simons & Mawn, 2010; Katrinli et al., 2010). En este sentido, la literatura pone en evidencia que los conflictos laborales tienden a ser más intensos en ambientes predominantemente femeninos, debido a que las mujeres están más influenciadas por la dinámica grupal (Bjorkqvist et al.,

1994). En contrapartida, Einarsen (2000) y Nielsen et al. (2009) señalaron que las bajas prevalencias de *mobbing* en los países escandinavos se debían, entre otras cosas, a una cultura laboral más femenina donde sus miembros son menos agresivos, menos dominantes y poseen relaciones sociales más asertivas, comparado con la cultura masculina. Tal contradicción apoyaría la teoría que señala al *mobbing* como un fenómeno multicausal (Salin, 2001). Así, el género por sí solo podría no ser un factor predisponente para el desarrollo del *mobbing*, sino que tendría que estar asociado a otras variables potenciadoras de acoso como, por ejemplo, las desigualdades sociales (Agervold, 2007), las diferencias de poder (Nielsen et al., 2009), los conflictos de rol (Hauge et al., 2009), o una cultura organizacional desprovista de ética (Topa et al., 2007; Einarsen et al., 2009; Hutchinson, Wilkes et al., 2010).

5.2. El deseo de abandonar la profesión como consecuencia de hostigamiento psicológico en enfermería

En consonancia con diversos trabajos (Faura, 1998; Peterson, 2001; Sofield & Salmond, 2003; Martín-Arribas et al., 2006; Johnson & Rea, 2009; Simons & Mawn, 2010), la intención de abandonar la profesión como consecuencia del maltrato psicológico en el trabajo parece consolidarse en nuestro estudio. En este sentido, son muchos los autores que manifiestan su preocupación al percatarse de que el deseo de abandonar la profesión no parte sólo de los graduados sino también de los futuros profesionales, debido al maltrato recibido cuando aún están en prácticas (Meissner, 2000; Mckenna et al., 2003; Sofield & Salmond, 2003; Simons & Mawn, 2010). De acuerdo con el RCN (2002, 2003), un tercio de las enfermeras que se percibían hostigadas deseaban abandonar su trabajo y/o su profesión. Resultados semejantes han sido publicados por Quine (1999, 2001), Freshwater (2000), Stevens (2002), Simons (2008), Johnson y Rea (2009), Vessey et al. (2009) y Barbosa et al.

(2011). Farrell et al. (2006) demuestran que el 11.0% de los encuestados relataron haber abandonado su oficio en algún momento debido a las agresiones, y el 24.0% consideraron dimitir en las últimas cuatro semanas del estudio. Datos que están en consonancia con los resultados encontrados por Aiken et al. (2001) y Sofield y Salmond (2003), que además de observar un evidente abandono profesional constatan el envejecimiento progresivo que sufre la mano de obra enfermera y la carencia para encontrar nuevos profesionales. En esta misma línea, McKenna et al. (2003) advierten del elevado índice de abandono debido al impacto que causan los conflictos interpersonales en enfermería. Por otro lado, Huntington et al. (2011) consideran que el abandono o la reducción de la jornada laboral es una respuesta coherente por parte de los profesionales, dadas las situaciones de hostigamiento a que son sometidos.

5.3. Relación entre la participación en la toma de decisiones y la percepción de hostigamiento

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la exclusión del profesional en la toma de decisiones que pueden afectar a su dinámica laboral y/o personal está significativamente asociada con la percepción de sentirse hostigado en el trabajo. En consonancia con estos resultados, Laria et al. (1995) encontraron que la falta de participación en la toma de decisiones representaba una de las principales causas de estrés para la enfermería, donde el 63.3% de los encuestados lamentaba que las decisiones que afectaban a su trabajo eran tomadas “desde arriba”, sin su conocimiento o participación. López (1995) y Bennett et al. (2001) muestran resultados semejantes en una revisión sistemática de la literatura. Igualmente, Pérez-Andrés et al. (2002) señalaron que la mayoría de los cambios propuestos en la dinámica enfermera no tenían en cuenta ni la formación ni la experiencia de los profesionales. En esta línea, Stevens (2002) constató que la gestión institucional en este colectivo se basaba más en el miedo que en el respeto, lo que induce a conductas de

obediencia, cuando no de sumisión (Carreras et al., 2002), y a una generalizada pasividad ante los problemas de la profesión (Pérez-Andrés et al., 2002). En este sentido, varios estudios han puesto de manifiesto que la enfermería, a lo largo de su historia, ha desarrollado comportamientos dependientes y sumisos, típicos de un grupo oprimido (Roberts, 1983; Manderino & Berkey, 1997; Freshwater, 2000, Stevens, 2002; Hutchinson et al., 2006; Johnson & Rea, 2009) y que tales profesionales están acostumbrados a obedecer sin rechistar (Meissner, 2000). Sin embargo, la elevada prevalencia del hostigamiento intraprofesional encontrada en la literatura (Freshwater, 2000; Hubert & Van Veldhoven, 2001; Jackson et al., 2002; McKenna et al., 2003; Hutchinson et al., 2006, entre otros), y refrendada en este trabajo, podría indicar que la actitud pacifista, de aceptación y no confrontación que se atribuye a los profesionales de enfermería es exteriorizada principalmente ante profesionales considerados de rango superior al suyo y no ante los de su propio colectivo (Juárez-García et al., 2005; Martín-Arribas et al., 2006). Esta actitud reforzaría la teoría defendida por Sofield y Salmond (2003), según la cual los profesionales canalizan su agresión hacia sus compañeros en un intento de adaptarse a las condiciones impuestas en su ambiente de trabajo.

6. Relación entre la percepción de hostigamiento, los síntomas de estrés y las estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de Brasil y España

Corroborando lo planteado en la **sexta hipótesis**, los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto que el HPT se asocia positivamente con la aparición de síntomas de estrés. Sin embargo, en lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento, los resultados confirman sólo en parte esta hipótesis. Así, aunque predominaron las estrategias de tipo evitativas entre los profesionales españoles, no sucedió lo mismo en Brasil, donde se observó el uso de estrategias de tipo mixto (activas y evitativas) en el afrontamiento de maltrato laboral, conforme se discute a continuación.

6.1. Relación entre la percepción de hostigamiento y los síntomas de estrés

Los resultados del presente estudio indican que el hostigamiento desencadena síntomas de estrés muy similares en los profesionales de enfermería estudiados tanto en Brasil como en España. Aunque los profesionales españoles presentaron medias más elevadas que los brasileños para la mayoría de los síntomas de estrés analizados, se observaron pocas diferencias significativas entre los dos grupos de estudio. Así, el síntoma de estrés “inquieto y sobresaltado” ha sido significativamente más señalado en España, mientras que en Brasil el personal de enfermería indicó sentirse significativamente más “mareado” que sus compañeros españoles. En cualquier caso, la sintomatología encontrada sugiere cierta vulnerabilidad de estos profesionales a problemas de salud. De hecho, han sido varias las investigaciones que han puesto de manifiesto que el hostigamiento psicológico en el trabajo daña considerablemente la salud física y psíquica de las víctimas desencadenando diversos síntomas de estrés (Einarsen & Mikkelsen, 2003; Kivimäki et al., 2000; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007; Yildirim, 2009; Vessey et al., 2009; Pai & Lee, 2011; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno, & Sanz-Vergel, 2011; Huntington et al., 2011).

La literatura refleja que las consecuencias negativas del maltrato psicológico no se limitan a las víctimas, sino que se extienden a la organización donde tiene lugar. En este sentido, se ha encontrado una elevada asociación entre el HPT e importantes tasas de absentismo y bajas por enfermedad (Mckenna et al., 2003; Kivimäki et al., 2003; Juárez-García et al., 2005; Lindy & Schaefer, 2010), insatisfacción laboral y deseo de abandonar la organización e incluso la profesión (Quine, 2001; Woelfle & McCaffrey, 2007; Simons & Mawn, 2010; Barbosa et al., 2011). Precisamente son varios ya los países en los que se observa un acentuado déficit de personal laboral, un acentuado envejecimiento de la mano de obra (Huntington et al., 2011) y escasez de jóvenes en edad universitaria cursando estudios de enfermería (Aiken et al., 2001). Por otro lado, hay suficientes evidencias de que los síntomas

de estrés desencadenados por la percepción de sentirse hostigado influyen de forma negativa en el rendimiento y en el compromiso con el trabajo (Yildirim, 2009; Hutchinson, Vickers et al., 2010; Huntington et al., 2011), aumentando la despersonalización (Efe & Ayaz, 2010) e incrementando los errores (Jackson et al., 2002; Sofield & Salmond, 2003; Edwards & O'Connell, 2007; Yildirim, 2009; Johnson, 2009).

El trabajo conducido por Moreno-Jiménez et al. (2011) pone de manifiesto que el hostigamiento psicológico se relaciona directamente con problemas de salud, especialmente con la ansiedad y la depresión, de igual forma que se asocia significativamente con la activación fisiológica, una vez que ésta puede prolongar los efectos de un estresor en el tiempo.

6.2. Relación entre el hostigamiento psicológico y el uso de estrategias de afrontamiento por parte del personal de enfermería de Brasil y España

En lo que concierne a las estrategias de afrontamiento utilizadas frente al HPT por el personal de enfermería objeto de estudio, los resultados confirman en parte la **sexta hipótesis planteada para este trabajo**, puesto que se observaron diferencias significativas en el tipo de estrategias empleadas por ambas poblaciones. De este modo, se ha podido observar que la enfermería española presentó una mayor tendencia al uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativas frente a situaciones de estrés. Esta misma tendencia también se mantuvo al fraccionar la muestra entre víctimas y no víctimas. Así, las personas que se auto identificaron como víctimas de *mobbing* en España eligieron la Resignación como principal estrategia de afrontamiento ante el maltrato laboral, mientras que las no víctimas eligieron 5 de las 6 estrategias de afrontamiento evitativas estudiadas (Culpación de Otros, Pensamiento Desiderativo, Represión Emocional, Resignación y Escape).

Por otra parte, el uso de estrategias de afrontamiento de tipo activas predominó en el personal de enfermería brasileño, aunque éste se percibiera más hostigado que sus colegas españoles, lo que está en consonancia con los resultados obtenidos por Palácios et al. (2003). No obstante, las personas que señalaron percibirse hostigadas en el momento del estudio eligieron estrategias de afrontamiento de tipo mixtas. Así, se observó que las víctimas de acoso psicológico, en el referido país, eligieron las estrategias de Religiosidad y la Resignación para afrontar la situación de maltrato a que se eran sometidas. Asimismo, las personas que negaron padecer conductas de hostigamiento en el momento del estudio reafirmaron su conducta más optimista, eligiendo 2 (Búsqueda de Soluciones y Religiosidad) de las 6 estrategias de afrontamiento activas analizadas, y sólo una de carácter evitativo (Autoculpación).

Las estrategias de afrontamiento ante el acoso psicológico están condicionadas en parte por la eficacia de las políticas organizacionales para solventar las situaciones de acoso y por la percepción de apoyo social por parte de compañeros y supervisores (Katrinli et al., 2010). Así, tanto el uso de estrategias de afrontamiento positivas con negativas está bien documentado en trabajos previos aunque, ante el *mobbing*, el afrontamiento habitualmente es de tipo negativo/evitativo (Zapf & Gross, 2001; Oweis & Mousa, 2005; Juárez-García et al., 2005; Efe & Ayaz, 2010). Este hecho se podría atribuir principalmente al sentimiento de indefensión percibida (González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2003) y a la falta de apoyo social que sufren las víctimas (Juárez-García et al., 2005; Lewis, 2006; Woelfle & McCaffrey, 2007; Pai & Lee, 2011; Castellón, 2011) y, en el caso de la enfermería, se podrían añadir los factores intrínsecos a la profesión como la cultura de sumisión (Barbosa et al., 2011), la ambigüedad y los conflictos de rol y sobre todo la fragilidad de las relaciones interpersonales, que deja a estos profesionales aún más expuestos al maltrato (Daiski, 2004; Hauge et al., 2009).

Estudios previos muestran que las víctimas se ven frustradas al intentar afrontar las conductas de hostigamiento (Quine, 1999; Steinman, 2003; Lewis, 2006; Efe & Ayaz, 2010; Pai & Lee, 2011) debido a la aceptación aparentemente encubierta del mismo por parte de la organización (Stevens, 2002), por lo que siguen aceptándolo al verse incapaces de pararlo (Sofield & Salmond, 2003). Así, muchas enfermeras siguen siendo “silenciosas” y no denuncian el acoso al que son sometidas (RCN, 2002; Randle, 2003; Steinman, 2003; Farrell et al., 2006; Cantera, Cervantes & Blanch, 2008). Los datos parecen confirmar que la carencia de habilidades para afrontar el hostigamiento lleva a las enfermeras a tolerar cada vez más los comportamientos hostiles. De este modo, Oweis y Mousa (2005) y Efe y Ayaz (2010) constataron que ninguna de las enfermeras encuestadas había recibido entrenamiento para afrontar el hostigamiento psicológico, por lo que la mayoría de las estrategias de afrontamiento utilizadas fueron negativas. Según los resultados de O’Connell, Young, Brooks, Hutchings y Lofthous (2000) y Edwards y O’Connell (2007), la inmensa mayoría de los encuestados en sus trabajos no sabían si en el hospital en que trabajaban disponían o no de algún apoyo que ayudara a las víctimas a afrontar el hostigamiento, de forma que se veían condicionadas a aceptarlo.

En lo que se refiere a la “Religiosidad” como principal estrategia de afrontamiento en el personal de enfermería brasileño, se podría atribuir al legado religioso sobre el que está edificada la enfermería en este país. En este sentido, Sá y Pereira (2007), tras una revisión de la literatura, pusieron en evidencia que, en Brasil, la religión y la fe siempre han estado estrechamente vinculadas a la formación de la enfermería, siendo incluso requisito para la admisión a cursos de formación o plazas de trabajo. Sin embargo, el uso de la “Religiosidad” como estrategia de afrontamiento, aunque se trate de una estrategia positiva/activa, traduce en definitiva una postura evasora de la situación estresante en el ámbito cognoscitivo, donde la víctima, indirectamente, reafirma su impotencia para afrontar el conflicto.

7. Relación entre las variables de estudio y la percepción de sentirse hostigado en el trabajo en personal de enfermería de Brasil y España

En lo que se refiere al grado de asociación entre el hostigamiento psicológico en el trabajo y las variables del estudio, los resultados resaltaron una vez más que el personal de enfermería brasileño se percibió más hostigado que sus colegas españoles. Además, se observa que cuanto mayor es la puntuación obtenida en la suma total de los cuestionarios HPT-R y Síntomas de Estrés mayor es el grado de asociación entre dichas variables y la percepción de sentirse hostigado en el trabajo. Asimismo, la Humillación y el Rechazo Personal presentaron una fuerte asociación con dicha percepción. Por otra parte, la estrategia de afrontamiento “Búsqueda de Soluciones” presentó una asociación negativa con el hostigamiento, aunque no significativa.

El hecho de que los profesionales de enfermería se percibieran más hostigados en Brasil que en España, se atribuyó previamente a las condiciones socio-culturales y profesionales de los brasileños. Cabe recordar, como se cita en apartados anteriores, que Brasil es un país en vías de desarrollo, donde las diferencias sociales son bastante evidentes. En esta línea, Nielsen et al. (2009) justifican la baja prevalencia de *mobbing* encontrada en su trabajo a una sociedad donde prevalece el igualitarismo social con discretas diferencias de poder entre los diferentes estratos sociales.

Por otra parte, al contrario de lo observado en España, la mayor parte de los profesionales brasileños poseía un grado de escolarización de nivel medio o elemental, lo que podría incrementar su percepción de hostigamiento. Así, Agervold (2007) atribuyó la baja percepción de hostigamiento encontrada en su estudio al elevado nivel de educación de la muestra. No obstante, otros estudios muestran que el nivel educacional no siempre actúa como factor protector frente al hostigamiento (Yildirim, 2009; Hogh, Carneiro et al., 2011).

Por otra parte, el abuso verbal es el tipo de conducta hostil más frecuentemente perpetrada contra el personal de enfermería. En este sentido, Agervold (2007), Vessey et al. (2009), Hutchinson, Vickers et al. (2010) y Barbosa et al. (2011) encontraron que la difamación y la difusión de rumores que hieren la integridad de la persona fueron algunas de las conductas hostiles más empleadas por los perpetradores contra sus víctimas. Asimismo, Hutchinson, Vickers et al. (2010) advirtieron que el ataque a la competencia profesional se perfilaba como una importante consecuencia del acoso al que estaban sometidas las personas afectadas. Además, el trabajo anteriormente citado puso de manifiesto que cuando la difamación profesional es conducida delante de otros, da lugar a sentimientos de degradación y debilidad, haciendo que las víctimas se sientan menos capaces o competentes, dañando así su identidad profesional.

La asociación negativa entre la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Soluciones y la percepción de sentirse hostigado en el trabajo se podría atribuir tanto al escaso apoyo social percibido por las víctimas al denunciar su situación de acoso (Sofield & Salmond, 2003; Lewis, 2006; G. Namie & R. Namie, 2009; Lindy & Schaefer, 2010; Efe & Ayaz, 2010; Namie & Lutgen-Sandvik, 2010; Hutchinson, Vickers et al., 2010; Pai & Lee, 2011; Catellón, 2011), como a la predominancia de estrategias de afrontamiento de tipo evitativas frente a situaciones de acoso psicológico (Zapf & Gross, 2001; Hogh, Hoel et al., 2011).

Respecto a la asociación entre los síntomas de estrés y la percepción de hostigamiento psicológico en el trabajo, los resultados de este trabajo vienen a confirmar estudios previos al poner en evidencia que el *mobbing* es un importante predictor de estrés. Así Fornés et al. (2008a) defienden que el hostigamiento psicológico en el trabajo constituye una de las principales fuentes de estrés laboral y se perfila como una patología psicosocial emergente y altamente devastadora (Zapf, 1999; Niedl, 1996), comparado con las demás formas de estrés laboral (Niedl, 1995). De acuerdo con el trabajo conducido por Huntington et al. (2011),

algunos de los encuestados indicaron que su propia salud física y mental se veía dañada por el simple hecho de ser enfermeras. En esta línea, Vessey et al. (2009) pusieron en evidencia que la mayoría de las víctimas señalaron un nivel de estrés entre moderado y severo a causa del acoso, presentando como síntomas elevados niveles de ansiedad, irritabilidad, depresión, alteraciones en el patrón del sueño y baja concentración. Por otra parte, Yildirim (2009) encontró una asociación significativa entre el fenómeno estudiado y la depresión, la concentración y la motivación en el trabajo. Asimismo, Pai y Lee (2011) encontraron que dicho fenómeno se asociaba significativamente con elevados niveles de ansiedad.

La suma de la puntuación total del HPT-R y su fuerte grado de asociación con la percepción de hostigamiento psicológico reafirma la fiabilidad de este instrumento de medida registrada en estudios previos (Fornés et al., 2008a,b). Así, conforme lo señalado anteriormente, una suma total en el HPT-R ≥ 62 puntos indicaría que la persona presenta una elevada probabilidad de percibirse hostigado en el trabajo.

VII. Consideraciones generales

Los resultados obtenidos en el presente estudio ponen de manifiesto la complejidad de acotar los factores que impulsan el hostigamiento psicológico en el trabajo. La influencia de múltiples variables sobre la incidencia de este fenómeno, así como la ausencia de un criterio operacional y metodológico claro, facilita la perpetuación del fenómeno, propiciando lagunas que justifican e incluso predisponen a la perpetración de conductas hostiles en ambientes laborales. Sin embargo, aunque las distintas prevalencias se deban interpretar con precaución, es evidente que la enfermería es un colectivo altamente dañado por conductas hostiles insidiosas y sistemáticas, hasta el punto de que muchos profesionales las consideren como parte de su trabajo (Castellón, 2011; Hutchinson, Wilkes et al., 2010). En este sentido, se hace imprescindible que este tema sea tratado desde el punto de vista académico y organizacional. Es fundamental que haya una modificación en los planes de estudio incorporando asignaturas y/o competencias que contemplen el desarrollo de conductas de liderazgo y asertividad y, sobre todo, que se enseñe a rechazar el sentimiento de alienación tan característico en enfermería, haciendo hincapié en una cultura de responsabilidad y preocupación colectiva.

Sería importante que las estrategias para responder y afrontar con éxito el estrés y la hostilidad laboral fueran aprendidas durante la formación académica conforme se apunta en diversos estudios (Randle, 2003; McKenna et al., 2003; Manderino & Berkey, 1997; Sofield & Salmond, 2003), y profundizadas en la práctica a través de programas implantados por las organizaciones donde los supervisores fomentaran, entre otras cosas el respeto, el trabajo en equipo, el apoyo social y una política de violencia cero.

En definitiva, un entorno saludable en sanidad, ámbito donde se desarrolla este estudio, reportaría beneficios no sólo a los profesionales de enfermería, sino también a las

organizaciones y a la población en general, puesto que el *mobbing* daña los principios básicos de la profesión y esto repercute negativamente en todo su entorno, sea éste laboral o social. Por otra parte, se podría decir que el entramado complejo y casi fantasioso que envuelve el fenómeno del acoso laboral se reduciría considerablemente con civismo, respeto y buena voluntad por parte de los trabajadores. Así, tal y como señalan Pai y Lee (2011), probablemente más de la mitad de los eventos agresivos que ocurren en el ámbito laboral podrían ser prevenidos.

VIII. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y después de las consideraciones realizadas en este trabajo, se destacan las siguientes conclusiones:

1) La prevalencia del hostigamiento psicológico en enfermería es ostensible, aunque varía considerablemente según el criterio de medida utilizado y el contexto socio-cultural donde se realizó el estudio, poniendo de manifiesto la necesidad de ser críticos a la hora de comparar distintos estudios.

2) La procedencia del hostigamiento psicológico en enfermería es predominantemente intraprofesional, lo que pone en evidencia tanto el escaso sentimiento de grupo como la fragilidad de las relaciones interpersonales en este colectivo.

3) El elevado porcentaje de testigos encontrados en este trabajo indica que el hostigamiento psicológico en enfermería es un comportamiento muy extendido y muy poco subjetivo.

4) Las conductas agresivas más frecuentes perpetradas a la enfermería pertenecen al ámbito de los problemas de comunicación y relaciones interpersonales, lo que induce a importantes síntomas de estrés.

5) La percepción de conductas hostiles por parte de los encuestados se mostró inversamente proporcional al período de tiempo considerado. De este modo, la percepción de hostigamiento en los últimos 2 años resultó menos degradante que la percibida en los últimos 6 meses.

6) El género femenino se destacó como más propenso a padecer conductas de hostigamiento psicológico en el trabajo que el masculino.

7) La percepción de hostigamiento se mostró directamente relacionada con el sentimiento de humillación y rechazo personal y con el deseo de abandonar la profesión, e inversamente relacionado con el grado en el que los profesionales eran involucrados en la toma de decisiones y con la búsqueda de soluciones frente al maltrato laboral.

8) Las estrategias de afrontamiento ante el hostigamiento psicológico en el trabajo fueron más positivas en Brasil, al contrario que en España, donde se observó un predominio de estrategias de afrontamiento de tipo negativas/evitativas.

IX. Fortalezas y Limitaciones del Estudio

Resulta importante destacar que la presente investigación cuenta con algunos puntos fuertes y ciertas limitaciones que serán expuestas a continuación:

1) Los puntos fuertes del estudio

a) La muestra

La principal fortaleza radica en que la muestra obtenida en este estudio puede considerarse representativa de los colectivos considerados. Así, la tasa de respuesta obtenida en Brasil representa el 100% de la muestra calculada inicialmente para este estudio. Al igual que en Brasil, la enfermería española también se vio representada en este trabajo, alcanzando el 90.7% de la muestra establecida previamente. Este hecho, inusual en estudios de esta índole (Björkqvist et al., 1994; Niedl, 1996; Quine, 1999; Kivimäki et al., 2000; Ferns & Meerabeau, 2007) confiere fiabilidad a los resultados obtenidos.

b) Los criterios de medidas

El instrumento de medida utilizado en este estudio nos permite conocer la prevalencia del hostigamiento psicológico en el trabajo en distintos intervalos de tiempo (2 años, últimos 6 meses y en la actualidad) posibilitando una valoración del fenómeno desde diferentes puntos de vista.

c) Los resultados

Los resultados obtenidos en este trabajo arrojan luz sobre la problemática del *mobbing* al poner de manifiesto la importancia de realizar estudios comparativos entre culturas y países distintos. El presente estudio pone en evidencia la variabilidad de los resultados sobre un mismo colectivo, que puede verse influenciado por variables socio-culturales.

2) Las limitaciones del estudio

Pese a que este estudio haya alcanzado su objetivo, las limitaciones que presenta podrían debilitar de cierta forma sus resultados, conforme se expone a continuación:

a) La complejidad del fenómeno

El hostigamiento psicológico en el trabajo es un fenómeno difícil de acotar debido a la complejidad que envuelve el tema (Peiró et al., 2003; Agervold, 2007). Además de tratarse de una percepción subjetiva, muchas de las variables que se atribuyen tanto a las víctimas como al fenómeno en sí generan controversia. Este hecho evidencia la necesidad de estudios longitudinales que permitan un mayor rigor metodológico (Carreras et al., 2002).

b) El diseño

Se trata de un estudio transversal que proporciona datos sobre las asociaciones de las distintas variables que podemos considerar como indicadores de las consecuencias del acoso psicológico. Sin embargo, este tipo de estudio no permite realizar inferencias causales.

c) La traducción de los instrumentos

Aunque se prestó especial cuidado en la traducción de los instrumentos, no se ha podido evitar un sesgo de traducción. En este sentido, la variable “mareado”, ha sido traducida al portugués como “contrariado, molesto”, basándose en una de las diferentes acepciones de este término descrita en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, poniendo en entredicho los datos reportados referentes a esta variable.

c) El uso de cuestionarios autoadministrados

De acuerdo con algunos autores, el uso de cuestionarios autoadministrados podría inducir a ciertos sesgos (Einarsen et al., 1998; Oweis & Mousa, 2005; A. Yildirim & D. Yildirim, 2007), ya que es imposible confirmar con exactitud las respuestas de las personas (Ferns & Meerabeau, 2007), además de incrementar el déficit en la devolución de los cuestionarios. Por otro lado, Domínguez, Regidor, De Juanes, y Calle (2002) advierten de que algunas de

las limitaciones de este método de media son las características socio-culturales de los encuestados. De manera que las personas que suelen contestar a estos instrumentos tienden a ser individuos con un mayor nivel de estudios y más interesados en el tema estudiado.

A pesar de las limitaciones del estudio, los resultados obtenidos aportan informaciones importantes sobre el impacto del hostigamiento psicológico en los profesionales de enfermería, las implicaciones del fenómeno sobre la salud física y psíquica de estos profesionales y las posibles repercusiones sobre su práctica profesional. Así, el estudio en cuestión no sólo pone en evidencia que el maltrato psicológico es un comportamiento muy extendido entre los profesionales de enfermería, sino que también aporta conocimiento sobre el porqué de esta conducta.

Se espera, por una razón histórica y cultural, una actitud altruista de la enfermería, donde sus propios sentimientos y aspiraciones son secundarios a las necesidades de los demás. Sin embargo, lo esperado no se adapta a la realidad profesional y esto se refleja en la insatisfacción laboral y en el elevado deseo de abandonar la profesión, que se ve intercalado por conductas hostiles hacia su propio colectivo. Dicha hostilidad contribuye a que la enfermería sea una profesión más débil, menos unida y más expuesta a que el maltrato proceda de diferentes fuentes. Esta situación resulta paradójica si se tiene en cuenta que los profesionales de enfermería constituyen la mayor fuerza de trabajo del sistema sanitario en todo el mundo. Hecho que podría ser suficiente para la obtención de mejores condiciones de trabajo, mayor autonomía y satisfacción laboral. Sin embargo, esto no sucede, quizás sencillamente porque no estamos educados para ello.

X. Referencias

- Adams, A. (1992). *Bullying at work. How to confront and overcome it*. London: Virago Press.
- Agervold, M. & Mikkelsen, E. G. (2004). Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work & Stress*, 18(4), 336-351.
- Agervold, M. (2007). Bullying at work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(2), 161- 172.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001), Nurses's reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-52.
- Aliaga, F. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "Escala de modos de coping" (Ways of coping). *Ansiedad y estrés*, 2(1), 17-26.
- Anderson, C. (2002). Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4), 351-366.
- Aquino, K. (2000). Structural and individual determinants of workplace victimization: The effects of hierarchical status and conflict management style. *Journal of Management*, 26(2), 171-193.
- Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47(7), 755-778.
- Ausfelder, T. (2002). *Mobbing el acoso moral en el trabajo. Prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano Ámbar.
- Barbosa, R., Labronici, L., Sarquis, L. & Mantovani, M. (2011). Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 26-32.
- Baron, R. A. & Neumann, J. H. (1996). Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggressive Behavior*, 22(3), 161-173.

- Baron, R. A. & Neumann, J. H. (1998). Workplace aggression-the iceberg beneath the tip of workplace violence: Evidence on its forms, frequency and targets. *Public Administration Quarterly*, 21(4), 446-464.
- Bennet, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M. & Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: Coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, 17(1), 55-63.
- Björkqvist, K., Österman, K. & Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20(3), 173-184.
- Boada, J., de Diego, R., Agulló, E. & Mañas, M. A. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2), 212-218.
- Brodsky, C. M. (1976). *The harassed worker*. Toronto: Lexington Books, DC.
- Carreras, M. V., Cosculluela, A., Freixa, M., Gómez, J. & Lucaya, D. (2002). Acoso moral en el trabajo, mobbing. *Aula Medica Psiquiatría*, 2, 65-91.
- Cantera, L. M., Cervantes, G. & Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 49-58.
- Cardoso, M., Fornés, J. & Gili, M. (2006). Mobbing u hostigamiento psicológico en enfermería. Revisión bibliográfica. *Revista Presencia*, 2(3). Recuperado el 22 de febrero de 2010, de la base de datos Cuiden.
- Cardoso, M., Fornés, J. & Gili, M. (2007). Hostigamiento psicológico y síntomas de estrés en una muestra de profesionales de enfermería brasileña. En: Investén - Instituto de Salud Carlos III (Ed.), *XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería* (pp. 320-321). Madrid: España. Recuperado de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2007_XI_encuentro_Investen_Madrid.pdf
- Castellón, A. (2011). Occupational violence in nursing: Explanations and coping strategies. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 156-163.

- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J. & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50(3), 288-293.
- Coyne, I., Chong, P., Seigne, E. & Randall, P. (2003). Self and peer nominations of bullying: An analysis of incident rates, individual differences, and perceptions of the working environment. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(3), 209-228.
- Coyne, I., Seigne, E. & Randall, P. (2000). Predicting workplace victim status from personality. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 9(3), 335-349.
- Cox, H. (1991a). Verbal abuse nationwide, part I: oppressed group behavior. *Nursing Management*, 22(2), 32-35.
- Cox, H. (1991b). Verbal abuse nationwide, part II: impact and modifications. *Nursing Management*, 22(3), 66-69.
- Daiki, I. (2004). Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 43-50.
- Da Silva, E. & Pimienta, A. M. (2004). Stress, coping (enfrentamiento) y salud general de los enfermeros que actúan en unidades de terapia intensiva y problemas renales. *Enfermería Global*, 4, 1-10. Recuperado el 20 de mayo de 2007, de <http://www.um.es/eglobal/>
- Di Martino, V. (2002) Workplace violence in the health sector. Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian Study): Synthesis Report. *ILO, ICN, WHO and PSI Joint Programme on Workplace Violence*. Recuperado el 03 de marzo de 2009, de <http://hrhresourcecenter.org/node/29>
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper C. L. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin. European Foundations for the improvement of living and Working Conditions.

- Domínguez, V., Regidor, E., de Juanes, J. R., Calle, M. E. (2002). Sistemas de información sanitaria, registros, encuestas de salud y sistemas de notificación. En: G. Piédrola. (Ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública* (pp. 51-60). Barcelona: Masson.
- Duffy, E. (1995) Horizontal Violence: A conundrum for nursing. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 2(2), 5-17.
- Edwards, S. L. & O'Connell, C. F. (2007). Exploring bullying: Implications for nurse educators. *Nurse Education in Practice*, 7(1), 26-35.
- Efe, S. Y. & Ayaz, S. (2010). Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review*, 57(3), 328-334.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 16-27.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S. & Hauge, L. J. (2006). Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: Una revisión bibliográfica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 251-273.
- Einarsen, S. & Hoel, H. (2001). *The Negative Acts Questionnaire: development, validation, and revision of a measure of bullying at work*. Comunicación presentada en el 10 Congreso Europeo de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Praga, República Checa.
- Einarsen, S., Matthiesen, S. B. & Skogstad A. (1998). Bullying at work. Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health Safety-Australia N. Z.*, 14(6), 563-568.
- Einarsen, S. & Mikkelsen, E. (2003). Individual effects of exposure to bullying at work. En: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace* (pp. 127-144). London: Taylor & Francis.

- Einarsen, S. & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12(3), 247-263.
- Einarsen, S., Raknes, B. I. & Matthiesen, S. B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality: An exploratory study. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 4(4), 381-401.
- Einarsen, S. & Skogstad, A. (1996). Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 185-201.
- Einarsen, S., Hoel, H. & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.
- Enberg, B., Stenlund, H., Sundelin, G. & Öhman, A. (2007). Work satisfaction, career preferences and unpaid household work among recently graduated health-care professionals – a gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 169-177.
- Eriksen, W. & Einarsen, S. (2004). Gender minority as a risk factor of exposure to bullying at work: The case of male assistant nurses. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(4), 473-492.
- Escartín, J., Rodríguez-Carballeira, A., Zapf, D., Porrúa, C. & Martín-Peña, J. (2009). Perceived severity of various bullying at work and the relevance of exposure to bullying. *Work y Stress*, 23(3), 191-205.
- Escribà, V., Más, R., Cárdenas, M., Burguete, D. & Fernández, R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Revista Rol Enfermería*, 23(7-8), 506-511.
- EUROFEDOP. (2004). *Estrés, burnout, mobbing: El sector público en primer plano*. Irlanda. Federación Europea del Personal de los Servicios Públicos.

- Farrell, G. A. (1999). Aggression in clinical setting: Nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 532-541.
- Farrell, G. A., Bobrowski, C. & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 778-787.
- Faura, T. (1998). Síndrome de *burnout*. Enfermería, grupo de alto riesgo. *Revista ROL de Enfermería*, 116, 53-56.
- Ferns, T. & Meerabeau, L. (2007). Verbal abuse experienced by nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 436-444.
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., et al. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*, 1:11. Recuperado el 10 de marzo de 2009, de <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-11.pdf>
- Fidalgo, A. M. & Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16(4), 615-624.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Fornés, J. (2001). Mobbing. Maltrato psicológico en el ámbito laboral. *Revista Rol de Enfermería*, 24(11), 756-762.
- Fornés, J. (2005). Cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo (HPT-Revisado). Obra no publicada. Palma de Mallorca, España.
- Fornés, J., Cardoso, M., Castelló, J. M. & Gili, M. (2011). Psychological harassment in the nursing workplace: An observational study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 185-194.

- Fornés, J., Martínez-Abascal, M. A. & García de la Banda, G. (2008a). Análisis factorial del cuestionario de hostigamiento psicológico en el trabajo en profesionales de enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 267-283.
- Fornés, J., Martínez-Abascal, M. A. & García de la Banda, G. (2008b). Variables socioprofesionales implicadas en el hostigamiento psicológico en enfermería. *Revista de Enfermería Clínica*, 18(3), 127-133.
- Fornés, J., Martínez-Abascal, M. A., García de la Banda, G. & Reinés, J. (2004a). Hostigamiento laboral en el personal de enfermería de Baleares. En: P. Mondelo, M. Mattile, W. Karwowski, & A. Hale (Eds.), *Proceedings of the 3rd Conference on Occupational Risk Prevention* (CD-ROM). Santiago de Compostela, España.
- Fornés, J., Reinés, J. & Sureda, C. (2004b). Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería. Un estudio piloto. *Revista Rol de Enfermería*, 2(9), 8-16.
- Freshwater, D. (2000). Crosscurrents: Against cultural narration in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 481-484.
- García-Izquierdo, M., Llor, B., León, A. & Ruiz, J. (2006). Bienestar psicológico y mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 381-395.
- García-Izquierdo, M., Llor, B., Ruiz, J. A., Sáez, M. C., Blasco, J. R. & Campillo, M. J. (2004, Abril). *Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: El NAQ-RE, revisión de la adaptación española*. Trabajo presentado en el VII European Conference on Psychological Assesment. Málaga, España.
- Gil-Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): Una perspectiva histórica. En: P. R. Gil-Monte & B. Moreno-Jiménez (Eds.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo* (pp. 21-41). Madrid: Pirámide.

- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. & Luciano, J. (2006). Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 275-291.
- Gilioli, R., Adinolfi, M., Baglio, A., Boccaletti, D., Cassitto, M. G., Della Pietra, et al. (2001). Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: Le molestie morali (mobbing). *Medicina del Lavoro*, 92(1), 61-69.
- Gimeno, R. (2005). *La presión laboral tendenciosa: El mobbing desde la óptica de un juez*. Valladolid: Lex Nova.
- González de Rivera, J. L. & Rodríguez-Abuín, M. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 24(2), 59-69.
- González de Rivera, J. L. & Rodríguez-Abuín, M. (2005). *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60*. Madrid: EOS.
- González de Rivera, J. L. & Rodríguez-Abuín, M. (2006). Acoso psicológico en el trabajo: Un estudio con el LIPT-60 y el SRL-90R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 397-412.
- Guerra, J. M., Martínez, I., Munduate, L. & Medina, F. J. (2005). A contingency perspective on the study of the consequences of conflict types: The role of organizational culture. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(2), 157-176.
- Hauge, L., Skogstad, A. & Einarsen, S. (2009). Individual and situational predictors of workplace bullying: Why do perpetrators engage in the bullying of others? *Work & Stress*, 23(4), 349-358.
- Hansen, Å., Høgh, A., Persson, R., Karlson, B., Garde, A. & Ørbæk, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(1), 63-72.

- Healy, C. M. & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681-688.
- Hegney, D., Plank, A. & Parker, V. (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice*, 9(4), 261-268.
- Hernández-Zamora, G., Olmedo, E., & Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Hirigoyen, M. F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Hirigoyen, M. F. (2001). *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*. Barcelona: Paidós.
- Hoel, H. & Cooper, C. L. (2000). Destructive conflict and bullying at work. Sponsored by British Occupational Health Foundation (BOHRF). *Manchester School of Management*. Manchester: University of Manchester Institute of Science and Technology.
- Hoel, H., Cooper, C. L. & Faragher, B. (2001). The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 443-466.
- Hoel, H., Einarsen, S. & Cooper, C. L. (2003). Organizational effects of bullying. En: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotion Abuse in the Workplace* (pp. 145-161). London: Taylor & Francis.
- Hogh, A., Hoel, H. & Carneiro, I. (2011). Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 742-751.
- Hogh, A., Carneiro, I., Giver, H. & Rugulies, R. (2011). Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(1), 49-56.

- Hubert, A. B. & Van Veldhoven, M. (2001). Risk sectors for undesirable behaviour and mobbing. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 415-424.
- Hueso-Montoro, C. & Calero-Martín, P. (2005). Condiciones laborales y salud emocional del trabajador de las residencias geriátricas. *Evidentia- Revista de Enfermería Basada en la Evidencia*, 2(4). Recuperado el 10 de abril de 2009, de <http://www.index-f.com/evidentia/n4/r104articulo.php>
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D. & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: Towards a more critical organizational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2), 118-126.
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D. & Vickers, M. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 173-181.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). A typology of bullying behaviours: the experiences of Australian nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2319-2328.
- Huntington, A., Gilmour, J., Tuckett, A., Neville, S., Wilson, D. & Turner, C. (2011). Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1413-1422.
- Jackson, D., Clare, J. & Mannix, J. (2002). Who would want to be nurse? Violence in the workplace - A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10(1), 13-20.
- Jackson, M. & Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(2), 14-121.
- Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N. & González-Gil, F. (2007). Síndrome de *burnout* y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 107-121.

- Johnson, S. L. (2009). International perspectives on workplace bullying among nurse: a review. *International Nursing Review*, 56(1), 43-40.
- Johnson, S. L. & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying. Concerns for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90.
- Juárez-García, J., Hernández-Mendoza, E. & Ramírez-Páez, J. A. (2005). Mobbing un riesgo social latente en el trabajo de enfermería. *Revista de Enfermería IMSS*, 13(3), 153-160.
- Justicia, F., Benítez, J. L. & Fernández, E. (2006). Caracterización del acoso psicológico en el contexto universitario. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 293-308.
- Justicia, F., Benítez, J. L., Fernández, E. & Berbén, (2007). El fenómeno del acoso laboral entre los trabajadores de la universidad. *Psicología en Estudio, Maringá*, 12(3), 457-463.
- Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T. W. & Sangthong, R. (2008). "Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand". *Journal of Occupational Health*, 50(2), 201-207.
- Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G. & Cangarli, B. G. (2010). Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. *Nursing Ethics*, 17(5), 614-627.
- Katz, D. & Kahn, R. (1990). *Psicología Social de las Organizaciones*. México, DF: Trillas
- Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environment Medicine*, 57(10), 656-660.
- Knorz, C. & Zapf, D. (1996). Mobbing - eine extreme form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz (Mobbing – an extreme form of social stressors at work). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40(1), 12-21.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.

- Kwok, R. P. W., Law, Y. K., Li, K. E., Ng, Y. C., Cheung, M. H., Fung, V. K. P., et al. (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), 6-9.
- Laria, J. C., Anguix, J., Higuera, M. J., Morata, C., Ribera, D., Cartagena, E., et al. (1995). Estrés en los profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería Clínica*, 5(1), 15-25.
- Larios, V. (1998). Curso de estadística aplicada. Teoría de Muestreo. Unidad 6. Recuperado el 02 de agosto de 2009, del sitio web de la Universidad de Querétaro:
<http://www.uaq.mx/matematicas/estadisticas/xstad02.html>
- Latorre, I. (2005). Burnout en la enseñanza: Análisis de una población de profesores de un colegio concertado de la Región de Murcia. *Psicología Social. Revista Interuniversitaria*, 12-13, 267-278.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, D. (2000). An analysis of workplace bullying in the UK. *Personnel Review*, 29(5), 593-612.
- Lewis, M. (2006). Nursing bullying: Organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 52-58.
- Leymann, H. (1990). *Handbook för användning av LIPT-formuläret för kartläggning av risker psykiskt vald arb etsmiljön (The LIPT questionnaire-a manual)*. Stockholm: Violen.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 166-184.
- Leymann, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 251-276.
- Lindy, C. & Schaefer, F. (2010). Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 285-292

- López, M. (1995). Estrés de los profesionales de enfermería. ¿Sobre qué o quién repercute? *Revista Rol de Enfermería*, 201, 65-67.
- Lipscomb, J. & Love, C. (1992). Violence toward health care workers - An emerging occupational hazard. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 40(5), 219-228.
- Lutgen-Sandvik, P., Namie, G. & Namie, R. (2009). Workplace bullying: Causes, consequences, and corrections." En: P. Lutgen-Sandvik & B. D. Sypher (Eds.), *Destructive organizational communication: Processes, consequences, and constructive ways of organizing*. (pp. 27-52). New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Manassero M. A., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Fornés, J. & Fernández, M. C. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears (UIB).
- Manderino, M. A. & Berkey, N. (1997). Verbal abuse of staff nurse by physicians. *Journal of Professional Nursing*, 13(1), 48-55.
- Martín-Arribas, M. C., Santiago-Santos, I., Rodríguez-Rodríguez, F., Moreno-Casbas, M. T., De Andrés-Copa, P., Casadevall-Doménech, A., et al. (2006). Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León. *Revista de Enfermería Clínica*, 16(3), 119-126.
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Matthiesen, S. B. & Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configurations among victims of bullying at work. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 10(4), 467-484.
- Matthiesen, S. B. & Einarsen, S. (2007). Perpetrators and targets of bullying at work: Role stress and individual differences. *Violence and Victims*, 22(6), 735-752.
- Matthiesen, S. B., Raknes, B. & Røkkum, O. (1989). Bullying at work. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 26, 761-774.

- Mayhew, C. & Chappell, D. (2001). Occupational violence: Types, reporting patterns, and variations between health sectors. *New South Wales Government Taskforce on the Prevention and Management of Violence in the Health Workplace Discussion Papers, Working Paper series n° 139*. University of New South Wales.
- McKenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J. & Coverdale, J. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96.
- Meissner, J. E. (2000). Enfermeras, ¿seguimos destruyendo a nuestros jóvenes profesionales? (I). *Nursing*, 18(5), 15-18.
- Meseguer, M., Soler, M. I., Sáez, M. C., García-Izquierdo, M. (2008). Workplace mobbing and effects on workers' Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 219-227.
- Miguel, M. D. & Novel, G. (1991). Valores y creencias. En: G. Novel, M. T. Lluch, M. D. Miguel (Eds.), *Enfermería Psico-social II* (pp. 25-30). Barcelona: Salvat.
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 10(4), 393-413.
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen S. (2002a). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2002b). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 397-405.
- Ministerio de Educação e Cultura. Portaria n° 1721, de 16 de dezembro de 1994, *Diário Oficial da União, seção I*, n° 238, p. 19.801-19.802. Recuperado el 20 de enero de 2012, de http://portal.in.gov.br/page_leitura_jornais

- Ministério de Educação e Cultura. Parecer CNE/CES N° 213/2008: Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Recuperado el 20 de enero de 2012, de http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213_08.pdf
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J. L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 67-77.
- Moreno-Jiménez, B., Morante-Benadero, M. E., Rodríguez-Carvajal, R. & Rodríguez-Muñoz, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: El efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1), 124-130.
- Moreno-Jiménez, B., Morett, N. I., Rodríguez-Muñoz, A. & Morante-Benadero, M. E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Moreno-Jiménez, B. & Rodríguez-Muñoz, A. (2006). Introducción al número monográfico sobre acoso psicológico en el trabajo: Una perspectiva general. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 245-249.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Gorrosa, E. & Morante-Benadero, M. E. (2005). Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: Un estudio exploratorio. *Psicothema*, 17(4), 627-632.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., Morante-Benadero, M. E. & Rodríguez-Carvajal, R. (2005). Diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: Un estudio en la población española. *Psicología em Estudo*, 10(1), 3-10.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante-Benadero, M. E., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R. & Días-Gracia, L. (2008). Evaluación del acoso psicológico en el trabajo:

- Desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. *Universitas Psychologica*, 7(2), 335-345.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y. & Garrosa, E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: Dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 363-380.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y. & Sanz-Vergel, A. (2011). Acoso psicológico en el trabajo y problemas de salud: el papel moderador de la activación fisiológica. *Psicothema*, 23(2), 227-232.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Salin, D. & Morante-Benadero, M. E. (2008). Workplace bullying in southern Europe: Prevalence, forms and risk groups in a Spanish sample. *International Journal of Organizational Behaviour*, 13(2), 95-109.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Sanz, A. I. & Rodríguez-Carvajal, R. (2008). El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación. *Psicothema*, 20(4), 760-765.
- Muñoz, H., Guerra, J. M., Barón, M. & Munduate, L. (2006). El acoso psicológico desde una perspectiva organizacional. Papel del clima organizacional y los procesos de cambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 347-361.
- Namie G. & Lutgen-Sandvik, P. (2010). Active and passive accomplices: The communal character of workplace bullying. *International Journal of Communication*, 4, 343-373.
- Namie, G. & Namie, R. (2009). U.S. Workplace bullying: Some basic considerations and consultation Intervention. *Consulting Psychology Journal Practice and Research*, 61(3), 202-219

- Neuman, J. H. & Baron, R. A. (2003). Social antecedents of bullying: a social interactionist perspective. En: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace* (pp. 185-202). London: Taylor & Francis.
- Niedl, K. (1995). *Mobbing/ bullying at the work place*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 239-249.
- Nielsen, M. B., Skogstad, A., Matthiesen, S. B., Glasø, L., Aasland, M. S., Notelaers, G., et al. (2009). Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18(1), 81-101.
- Novaes, M. (2003). Assédio moral e responsabilidade das organizações com os direitos fundamentais dos trabalhadores. Concurso de Monografias da Amatra II. (São Paulo, Brasil). Recuperado el 01 de febrero de 2005, de http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/GUEDES_M.N._Assedio_moral_e_responsabilidade.pdf
- Oblitas, L., Martínez, F. & Palmero, F. (2008). Emoción y salud. En: F. Palmero y F. Martínez (Eds.), *Motivación y Emoción* (pp. 343-376). Madrid: McGraw –Hill.
- Observatorio de Riesgo Psicosociales – UGT. *La UGT planta cara al mobbing con la edición de una guía*. Recuperado el 27 de marzo de 2010, de <http://www.ugt.es/saludlaboral/noticias/2012-02-22-elnortedecastilla.pdf>
- O'Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J. & Lofthouse, J. (2000). Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 602-610.

- O'Moore, M., Seigne, E., McGuire, L. & Smith, M. (1998). Victims of bullying at work in Ireland. *Journal of Occupational Health and Safety: Australia and New Zealand*, 14(6), 569-574.
- Ortega, A., Christensen, K., Høgh, A., Rugulies, R. & Borg, V. (2011). One-year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 752-759.
- Ott, E. (1989). Effects of the male-female ratio at work. Policewomen and male nurses. *Psychology of Women Quarterly*, 13(1), 41-57.
- Ovejero, A. (2006). El mobbing o acoso psicológico en el trabajo: Una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 101-121.
- Oweis, A. & Mousa, K. (2005). Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 42(8), 881-888.
- Ozturk, H., Sokmen, S., Yilmaz, F. & Cilingir, D. (2008). Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale. *Journal of the American of Nurse Practitioners*, 20(9), 435-442.
- Pai, H. & Lee, S. (2011). Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1405-1412.
- Palácios, M., Loureiro, M., Barros, M., Medina, M. I., De Abreu, M., Soares, L., et al. (2003). Workplace violence in the health sector. Country cases study: Brazil. *ILO, ICN, WHO and PSI Joint Programme on Workplace Violence*. Recuperado el 30 de abril de 2010, de <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1126>
- Peiró, J. M. (2001). El estrés laboral: Una perspectiva individual y colectiva. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 13, 18-30.

- Peiró, J. M., González, G. & Moliner, C. (2003, Noviembre). *Acoso psicológico en el ámbito laboral: El mobbing*. Trabajo presentado en el III Encuentro de Psicología a les Illes Balears. Palma de Mallorca, España.
- Peñacoba, C. & Moreno-Jiménez, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-69.
- Pérez, M. A., Martín, A., Gallego, A. (2003). Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los equipos de trasplantes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 19-30.
- Pérez-Andrés, C., Alameda, A. & Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 517-530.
- Peterson, C. A. (2001). Nursing shortage: Not a simple problem – no easy answers. *The online Journal of Issues in Nursing*, 6(1). Recuperado el 20 de junio de 2010, de la base de datos Medline.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Térrea.
- Piñuel, I. (2003). *Mobbing. Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Aguilar.
- Piñuel, I. & Oñate, A. (2006). La evaluación y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización: El barómetro Cisneros. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 22(3), 309-332.
- Prefeitura Municipal de Belo horizonte. Edital 02/2011. *Concurso Público para provimento dos cargos públicos efetivos de Cirurgião Dentista, Médico, Técnico Superior de Saúde e Técnico de Serviços de Saúde da Carreira dos Servidores da Área da Saúde e do cargo*

público efetivo de Técnico de Serviço Público da Carreira dos Servidores da Área da Administração Geral do Quadro Geral de Pessoal da Administração Direta do Poder Executivo do Município de Belo Horizonte. Recuperado el 27 de marzo de 2012, de http://www.fumarc.com.br/imgDB/concursos/edital_saude_2011-versao_final_05_08_11-1-20110809-164032.pdf

- Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318(7178), 228-232.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 73-84.
- Quine, L. (2009). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 324, 878-879.
- Quinlan, M. (1999). The implications of labour market restructuring in industrial societies for occupational health and safety. *Economic and Industrial Democracy*, 20(3), 427-460.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401.
- Rayner, C. (1997). The incidence of workplace bullying. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(3), 199-208.
- Rayner, C. & Cooper, C. (2003). The black hole in bullying at work research. *International Journal Management and Decision Making*, 4(1), 47-63.
- Roberts, S. (1983). Oppressed group behaviour: Implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 21-30.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Estrés psicosocial y su afrontamiento. En: J. Rodríguez-Marín (Ed.), *Psicología Social de la Salud* (pp. 53-74). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. & Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de acontecimientos estresante. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(2), 59-84.

- Rodríguez-Muñoz, A., Martínez, M., Moreno-Jiménez, B. & Gálvez, M. (2006). Predictores organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: Aplicación del modelo de demandas y recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 333-345.
- Royal College of Nursing. (2002). Dealing with bullying and harassment: A guide for nursing students. London: RCN publication code 001 497. Recuperado el 10 de diciembre de 2009, de http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/78518/001497.pdf
- Royal College of Nursing. (2003). Dealing with bullying and harassment: a guide for RCN members. London: RCN publication code 001 302. Recuperado el 20 de diciembre de 2009, de http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78502/001302.pdf
- Royal College of Nursing. (2006). At breaking point? A survey of the wellbeing and working lives of nurses in 2005. London: RCN publication code 003 021. Recuperado el 02 de enero de 2009, de http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/78690/003021.pdf
- Rutherford, A. & Rissel, C. (2004). A survey of workplace bullying in a health sector organization. *Australian Health Review*, 28(1), 65-72.
- Sá, A. & Pereira, L. (2007). Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 31(2), 225-237.
- Sáez, M. C. & García-Izquierdo, M. (2001). Violencia psicológica en el trabajo: El mobbing. En: J. Buendía & F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 191-205). Madrid: Pirámide.
- Salin, D. (2001). Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 425-441.
- Salin, D. (2003a). Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations*, 56(10), 1213-1232.

- Salin, D. (2003b). Bullying and organizational politics in competitive and rapidly changing work environments. *International Journal of Management and Decision Making*, 4(1), 35-46.
- Salin, D. (2006). ¿Se preocupan las organizaciones por el acoso psicológico en el trabajo? Percepciones de los trabajadores sobre las medidas organizacionales contra el acoso psicológico. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 413-431.
- Sánchez-Uriz, M. A., Gamo, M. F., Godoy, F. J., Igual, J., & Romero, A. (2006). ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? *Revista de Calidad Asistencial*, 21(4), 194-198.
- Satse. (2002). *Informe Cisneros III sobre violencia en el entorno laboral. Presentación de los resultados preliminares de la incidencia del mobbing en los profesionales de enfermería españoles*. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares.
- Schat, A. C. H. & Kelloway, K. E. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 386-402.
- Schat, A. C. H. & Kelloway, K. E. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(2), 110-122.
- Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Journal Advances in Nursing Science*, 31(2), 48-59.
- Simons S. & Mawn, B. (2010). Bullying in the workplace – A qualitative study of newly licensed registered nurses. *American Association of Occupational Health Nurses*, 58 (7), 305-311.
- Sofield, L. & Salmond, S. W. (2003). A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, 22(4), 274-283.

- Steinman, S. (2003). Workplace Violence in the Health Sector. Country Case Study: South Africa. *ILO, ICN, WHO and PSI Joint Programme on Workplace Violence*. Génova. Recuperado el 10 de mayo de 2009, de <http://www.hrhresourcecenter.org/node/1132>
- Stevens, S. (2002). Nursing workforce retention: Challenging a bullying culture. *Health Affairs*, 21(5), 189-193.
- Topa, G., Depolo, M. & Morales J. F. (2007). Acoso laboral: Meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema*, 19(1), 88-94.
- Topa, G., Morales, J. F. & Gallastegui, J. A. (2006). Acoso laboral: Relaciones con la cultura organizacional y los resultados personales. *Psicothema*, 18(4), 766-771.
- Topa, G., Moriano, J. A., Morales, J. F. (2009). Acoso laboral entre profesionales de enfermería: El papel protector de la identidad social en el trabajo. *Anales de Psicología*, 25(2), 266-276.
- Vartia, M. (1996). The source of bullying-psychological work environment and organizational climate. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 5(2), 203-214.
- Vartia, M. (2001). Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 27(1), 63-69.
- Vartia, M. & Hyyti, J. (2002). Gender differences in workplace bullying among prison officers. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 11(1), 113-126.
- Vessey, J., Demarco, R., Gaffney, D. & Budin, W. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 299-306.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.

- Weiner, B. (2000). Intrapersonal and Interpersonal theories of motivation from an attributional perspective. *Educational Psychology Review*, 12(1), 1-14.
- Wells, J., Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 230-240.
- Wilson, B., Diedrich, A., Phelps, C. & Choi, M. (2011). Bullies at work. The impact of horizontal hostility in the hospital Setting and Intent to leave. *The Journal of Nursing Administration*, 41(11), 453-458.
- Woelfle, C., McCaffrey, R. (2007). Nurse on Nurse. *Nursing Forum*, 42(3), 123-131.
- Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review*, 56(4), 504-511.
- Yildirim, A. & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1444-1453.
- Yildirim, D. & Yildirim, A. (2008). Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviors instrument. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1361-1370.
- Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 70-85.
- Zapf, D. & Einarsen, S. (2001). Bullying in the workplace trends in research and practice-an introduction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 369-373.
- Zapf, D., & Einarsen, S. (2003). Individual antecedents of bullying: Victims and perpetrators. En: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotion Abuse in the Workplace* (pp. 165-184). London: Taylor & Francis

- Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H. & Vartia, M. (2003). Empirical findings on bullying in the workplace. En: S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and Emotion Abuse in the Workplace* (pp. 103-126). London: Taylor & Francis.
- Zapf, D. & Gross, C. (2001). Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication an extension. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 497-522.
- Zapf, D., Knorz, C. & Kulla, M. (1996). On the relationships between mobbing factors, and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal at Work and Organizational Psychology*, 5(2), 215-238.

ANEXOS

**Documentos utilizados para la realización del trabajo de
investigación en España**

Carta de Presentación

Personal de Enfermería
Hospital Son Dureta

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su participación en un trabajo de investigación para la tesis de doctorado, realizado por la enfermera Meiremar Cardoso dos Santos y dirigido por las doctoras Margalida Gili del Departamento de Psicología y Joana Fornés del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, de la Universitat de les Illes Balears (UIB).

El objetivo de este estudio es averiguar factores relacionados con el hostigamiento psicológico o mobbing en personal de enfermería de distintos servicios hospitalarios y sus posibles consecuencias para la salud.

El dossier que le presentamos está constituido por 4 cuestionarios que se adjuntan a este documento. Todas las preguntas están fundamentadas en planteamientos científicos.

Sus respuestas serán absolutamente confidenciales. Sólo tendrán acceso a ellas el equipo responsable de la investigación. Todos los datos publicados serán en forma de números.

Para una mejor comprensión de los cuestionarios, se aconseja que siga el siguiente orden de respuesta:

- 1^{er} Cuestionario: Cuestionario Socio-demográfico
- 2^o Cuestionario: Cuestionario Hostigamiento Psicológico en el Trabajo-Revisado (HPT-R)
- 3^o Cuestionario: Cuestionario de Dimensiones Causales Atributivas
- 4^o Cuestionario: Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento
- 5^o Cuestionario: Cuestionario de Síntomas de Estrés

Le agradecemos de antemano su colaboración y le facilitamos el siguiente teléfono y correo electrónico para cualquier duda que pueda surgirle.

Meiremar Cardoso dos Santos.

Tel: 687.763897.

e-mail. meiremar.cardoso@gmail.com

Muchas Gracias.

Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales

**Por favor, responda con atención las preguntas que se presentan a continuación, marcando una X o escribiendo la respuesta donde sea necesario.
Muchas gracias por su colaboración.**

1. Edad _____
2. Sexo
____ Hombre ____ Mujer
3. Estado civil
____ Soltero ____ Casado (o pareja estable) ____ Divorciado / Separado
4. Tenencia de hijos
____ Sí ____ No
5. Profesión
____ Enfermera/o ____ Aux. de enfermería ____ Mandos Intermedios (Supervisores/ dirección)
6. Años de ejercicio profesional (en meses) _____
7. ¿Posee Ud. algún título de especialista, post- grado u otra carrera concluida? _____
 ¿Cuál? _____
8. Has recibido algún tipo de ayuda por parte de su empresa para facilitar su formación profesional _____.
 ¿Qué tipo? _____
9. Tiempo de trabajo en la institución (en meses) _____
10. Unidad de trabajo actual _____
11. Tiempo trabajado en la unidad actual (en meses. Si es el caso de un Pull, en días) _____
12. Tipo de contrato actual.
____ Funcionario ____ Interino ____ Temporal ubicado ____ Temporal Pull
13. Tipo de jornada laboral
____ Turno fijo ____ M ____ T ____ N
____ Turno rodado
____ Turno partido
14. ¿En cuántos servicios distintos ha trabajado Ud. en este hospital durante los últimos 3 años? _____
15. Trabaja actualmente en otra institución sanitaria (hospital, clínica...)
____ Sí ____ No
16. ¿Cuál es el grado de participación en la toma de decisiones que tiene usted en su unidad/servicio?
____ Alto
____ Bajo
____ No se le tiene en cuenta en la toma de decisiones
17. ¿En algún momento, ha deseado Ud. abandonar su profesión? Sí _____ No _____ ¿Por qué?

Cuestionario HPT-R

En el cuestionario que le presentamos a continuación, formulamos una serie de cuestiones que pueden constituir actitudes o comportamientos en el lugar de trabajo. Le pedimos que valore su frecuencia durante los últimos dos años, teniendo en cuenta la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5
Menos de una vez al mes	Al menos una vez al mes	Más de una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Varias veces a la semana	Una o más veces al día

Para responder, debe hacerlo señalando con un aspa la opción que más se ajuste a lo que Ud. siente o sufre en relación con cada una de las cuestiones presentadas en su lugar de trabajo. Sus respuestas serán tratadas confidencialmente y sólo serán utilizadas de modo global, transformadas en puntuaciones.

Le rogamos que trate de responder a todas las preguntas y agradecemos que lo haga con la mayor sinceridad.

Muchas gracias por su colaboración.

Teniendo en cuenta la escala anterior, señale con qué frecuencia experimenta o ha experimentado las siguientes situaciones:

	0	1	2	3	4	5
1) Exponerle a críticas por parte del grupo.						
2) Recibir críticas directas sobre la forma de realizar su trabajo.						
3) Dirigirse a usted a través de intermediarios.						
4) Recibir informaciones contradictorias.						
5) No recibir informaciones que otras personas del grupo de trabajo si han recibido.						
6) Evitar o impedirle que se comunique normalmente con el grupo.						
7) Asignarle tareas inferiores a su grado de calificación profesional.						
8) Recibir amenazas injustificadas, verbales o por escrito.						
9) Dejar de asignarle tareas.						
10) Exposiciones negativas o de duda sobre su responsabilidad o capacidad profesional.						
11) Expresiones de que está loco/a o desequilibrado/a psicológicamente.						
12) Discriminarle respecto al resto del grupo (trato, distribución de tareas, recompensas).						
13) Asignarle trabajos innecesarios o sin motivo justificado.						
14) No respetar su grado de formación o antigüedad en el puesto de trabajo.						
15) No convocarle a actos o reuniones laborales.						
16) No invitarle a fiestas o celebraciones de trabajo.						
17) Acusarle de que no se adapta al grupo de trabajo.						
18) Acusarle de que comete errores que antes no cometía.						
19) Asignarle trabajos desagradables o que otros no quieren.						
20) No cederle la palabra en las reuniones o interrumpirle constantemente en sus exposiciones.						
21) Comentarios maliciosos sobre usted o su forma de vida.						
22) Utilizaciones de motes o expresiones verbales de desprecio hacia usted.						
23) No recibir respuestas a sus preguntas verbales o escritas.						
24) Rechazo de propuestas suyas, por principio.						
25) Evitarle actividades que tengan posible influencia o repercusión profesional.						
26) Considerarle responsable de errores cometido por los demás.						
27) Manipulación de sus pertenencias (documentos, archivos de ordenador, correspondencias, objetos personales).						
28) Los compañeros evitan sentarse a su lado.						
29) Imitación de gestos palabras o comportamientos suyos en tono despreciativo o de burla.						
30) Miradas de desprecio.						
31) No saludarle.						
32) Recibir informaciones erróneas.						
33) Ridiculizarle públicamente.						
34) Ignorarlo en cuestiones o decisiones que atañen a su área de trabajo.						
35) Desatención de los jefes o responsables de su empresa a sus quejas de hostigamiento.						

Continuación HPT.

En su trabajo, ¿Ha sido Ud. Objeto de alguno de los actos anteriores durante **al menos 6 meses** y como mínimo **una vez a la semana**? Sí_____ No_____

En caso afirmativo, señale por favor cuál/es, marcando el número asignado a la izquierda de cada cuestión planteada_____

¿**Ha sido usted testigo** de alguno de los actos anteriores en su lugar de trabajo? Sí_____ No_____ En caso afirmativo, señale por favor cuál/es, marcando el número asignado a la izquierda de cada cuestión planteada _____

¿En general, se siente usted **actualmente** acosado/a u hostigado/a psicológicamente en el lugar de trabajo? Sí _____ No_____

¿Por quién?

_____Directores

_____Supervisores

_____Médicos

_____Compañeros

_____Otros

Cuestionario modificado de J. Fornés, 2005

Cuestionario de Dimensiones Causales Atributivas

Existen situaciones capaces de provocar gran estrés psicológico en el ambiente de trabajo, como por ejemplo las descritas en el 2^{er} cuestionario (HPT-R). Para Ud. ¿cuál es la principal causa de estrés laboral, como profesional de enfermería? Si es alguna de las conductas descritas en el HPT-R, ponga el nº asignado a su izquierda. Si es otra escríbala, por favor.

CAUSA ESTRESANTE _____.

Las siguientes cuestiones se refieren a diversas características de la causa estresante señalada por usted. Por favor, valore cada una de ellas eligiendo un número de la columna del medio. Cuánto más se identifique a una de las dos opciones descritas en las columnas derecha e izquierda, más próximo a ésta deberá estar el número elegido.

1. La causa: Refleja un aspecto de Ud. mismo	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Refleja un aspecto de la situación
2. La causa es...: Evitable	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inevitable
3. La causa es...: No controlable por Ud. u otras personas	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Controlable por Ud. u otras personas
4. La causa es...: Hecha a propósito	9 8 7 6 5 4 3 2 1	No hecha a propósito
5. La causa es...: Permanente	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Temporal
6. La causa es...: Modificable por Ud. u otras personas	9 8 7 6 5 4 3 2 1	No modificable por Ud. u otras personas
7. La causa es...: Influye en todos sus resultados	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Influye solo en este resultado
8. La causa está...: Fuera de Ud.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Dentro de Ud.
9. La causa es...: Provocada por alguien	9 8 7 6 5 4 3 2 1	No provocada por nadie
10. La causa es...: Variable a lo largo del tiempo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Estable a lo largo del tiempo
11. La causa: Tiene que ver con Ud.	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Tiene que ver con otros
12. La causa es...: Involuntaria	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Voluntaria
13. La causa es...: Cambiante	1 2 3 4 5 6 7 8 9	No cambiante
14. La causa es...: Exclusiva de esta situación	1 2 3 4 5 6 7 8 9	General en todas las situaciones
15. La causa es...: Regulable por Ud. u otras personas	9 8 7 6 5 4 3 2 1	No regulable por Ud. u otras personas

Fuente modificada: Estrés y burnout en la enseñanza. Manassero et al. (2003).

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

Las frases que leerá a continuación expresan formas o estrategias de afrontamiento frente a situaciones consideradas estresantes, como por ejemplo el hostigamiento psicológico en el trabajo. Nos interesa saber el grado en que ha utilizado cada uno de estos pensamientos / conductas. Por favor, señale en cada cuestión el número apropiado de acuerdo con la escala de respuestas que se presenta.

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi siempre, la mayoría de veces.

	1	2	3	4	5
1) Me he prometido conseguir algo de positivo a partir de la situación.					
2) He hablado con alguien para intentar encontrar una solución.					
3) Me he culpabilizado a mí mismo/a.					
4) Me he centrado en los aspectos positivos de esta situación.					
5) Le he pedido consejo a alguien que respeto y lo he conseguido.					
6) He ocultado a los demás lo mal que están las cosas					
7) He hablado con alguien sobre cómo me siento.					
8) He considerado diferentes soluciones para el problema.					
9) He deseado ser una persona más fuerte.					
10) He deseado poder cambiar lo que me ha ocurrido.					
11) He deseado poder cambiar la manera como me he sentido.					
12) He deseado que las cosas hubieran sido de otra manera.					
13) He guardado mis sentimientos para mí mismo/a.					
14) Duermo más que lo habitual.					
15) Me he enfadado con las cosas o personas que pienso que han causado el problema.					
16) He aceptado la simpatía y la comprensión de alguien.					
17) He buscado ayuda profesional y he hecho lo que me han recomendado.					
18) He hecho un plan de acción y lo he seguido.					
19) Me he dado cuenta de que yo mismo he producido, provocado o causado mi problema.					
20) He hablado con alguien que puede hacer algo de concreto a cerca de mi problema.					
21) He intentado sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.					
22) Lo he pagado con otros.					
23) Me he negado a tomarme las cosas demasiado en serio.					
24) Lo he aceptado porque no era posible hacer nada.					
25) He intentado ver el lado positivo de las cosas.					
26) Me he resignado, ha sido cuestión de mala suerte.					
27) He culpado a otros.					
28) He pensado que los demás eran injustos conmigo.					
29) He pensado que hay gente que está peor.					
30) Me he dicho a mí mismo que las cosas podrían ser peores.					
31) Me he concentrado en las cosas buenas de mi vida.					
32) He considerado las ventajas que tiene esta situación.					
33) Rezo pidiendo a Dios que me dé fuerzas y me ilumine.					
34) He intentado mejorar mi información sobre el problema.					
35) Leo libros o artículos de revistas, a atiendo a programas de televisión o radio sobre mi problema.					
36) Practico más la religión desde que tengo este problema.					

Fuente modificada de Rodríguez-Marín et al., 1992.

La siguiente lista contiene un conjunto de síntomas que tal vez ud. ha sentido cuando ha sufrido una situación estresante o inmediatamente después. Si ha tenido cualquiera de los síntomas descritos abajo, por favor diga cuánto le ha molestado o preocupado, marcando con una cruz la casilla correspondiente (Nada en absoluto; Un poco; Ligeramente; Bastante, Muchísimo). Si no ha tenido el síntoma marque la casilla "Nada en absoluto"

Cuestionario de Síntomas de Estrés

Por favor, conteste todas las preguntas. No piense demasiado antes de contestar, nuestro objetivo es captar su primera opinión.

ME SIENTO	Nada en absoluto	Un poco, ligeramente	Bastante	Muchísimo
1. Mareado				
2. Cansado, falta de energía.				
3. Nervioso				
4. Oprimido, con el cuerpo tenso				
5. Asustado, como con sensación de estar siendo amenazado.				
6. Con poco apetito.				
7. Con taquicardia.				
8. Desesperanzado.				
9. Inquieto, sobresaltado.				
10. Con fallos de memoria.				
11. Con dolores en el pecho, dificultades para respirar o sensación de no tener suficiente aire.				
12. Con sentimientos de culpa.				
13. Preocupado				
14. Con dolores musculares, como reumáticos.				
15. Pensado que la gente me mira mal, o piensa mal de mí.				
16. Con temblores.				
17. Con dificultades para pensar con claridad.				
18. Fracasado, pensando que no valgo para nada.				
19. Tenso				
20. Inferior a otras personas.				
21. Con partes del cuerpo entumecidas, envaradas, adormecidas.				
22. Irritable.				
23. Pensando cosas que no puedo quitarme de la cabeza/mente.				
24. Sin interés por las cosas.				
25. Infeliz, deprimido				
26. Con ataques de pánico.				
27. Con debilidad en algunas partes del cuerpo.				
28. Incapaz de me concentrarme.				
29. Con insomnio, con sueño intranquilo o con pesadillas.				
30. Me despierto muy temprano y me cuesta volver a dormir.				
31. Con deseos de abandonar la profesión				
32. otros...				

Fuente modificada: Estrés y *burnout* en la enseñanza. Manassero et al., 2003.

**Documentos utilizados para la realización del trabajo de
investigación en Brasil**

DECLARAÇÃO

Eu, Meiremar Cardoso dos Santos, brasileira portadora da CI nº ..., residente em

Palma de Mallorca, Espanha,

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa “ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O MALTRATO PSICOLÓGICO NO TRABALHO OU MOBBING EM PESSOAL DE ENFERMAGEM DO BRASIL E ESPANHA”, foi adaptado para a sua utilização no Hospital Governador Israel Pinheiro – HGIP – IPSEMG, pela coordenadora do projeto no Brasil, Renata Gazzinelli Fonseca.

Meiremar Cardoso dos Santos

Palma de Mallorca, 02 de julho de 2008.



Belo Horizonte, 03/07/2008

Título do Projeto de Pesquisa: **ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O MALTRATO PSICOLÓGICO NO TRABALHO OU *MOBBING* EM PESSOAL DE ENFERMAGEM DO BRASIL E ESPANHA**

DECLARAÇÃO SOBRE A PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO

Os resultados da pesquisa para o estudo supracitado serão publicados primeiramente no país de origem- ESPANHA, pela Pesquisadora Principal- Meiremar Cardoso dos Santos, sejam eles favoráveis ou não.

Renata Barreto Gazzinelli Fonseca
Co – autora no Brasil
Data: 03/07/2008



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

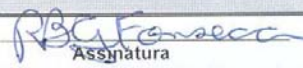

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 204597	
Projeto de Pesquisa estudo comparativo sobre o maltrato psicológico no trabalho ou mobbing em pessoal de enfermagem do Brasil e Espanha					
Área de Conhecimento 4.04 - Enfermagem,			Grupo Grupo IA	Nível Não se aplica	
Área(s) Temática(s) Especial(s) Pesquisa com Cooperação Estrangeira,			Fase Não se Aplica		
Unitermos maltrato psicológico, trabalho enfermagem					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 1000	Total Brasil 1000	Nº de Sujeitos Total 1500	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Renata Barreto Gazzinelli Fonseca			CPF 544.563.396-91	Identidade M2282148	
Área de Especialização Terapia Intensiva			Maior Titulação Especialização	Nacionalidade Brasileira	
Endereço Rua Vega, 23			Bairro Santa Lúcia	Cidade Belo Horizonte - MG	
Código Postal 30360-420	Telefone 3237-2106 / 3227-8397	Fax 3237-2344	Email		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 16/07/2008			Assinatura <i>Renata B. Gazzinelli Fonseca</i> Renata B. Gazzinelli Fonseca Enfermeira COREN-MG 30000 MASE 10718228		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome IPSEMG - Hospital Governador Israel Pinheiro		CNPJ 17.217.332/0001-25	Nacional/Internacional Internacional		
Unidade/Orgão HGIP e CEM do Departamento de Enfermagem		Participação Estrangeira SIM	Projeto Multicêntrico SIM		
Endereço Alameda Ezequiel Dias, 225		Bairro Santa Efigênia	Cidade Belo Horizonte - MG		
Código Postal 30130110	Telefone (31) 3237-2145	Fax (31) 3237-2344	Email cep.hgip@ipsemg.mg.gov.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: ____/____/____ Assinatura _____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 30/06/2008. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⏪ Voltar



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0029.1.191.000-08	
Projeto de Pesquisa estudo comparativo sobre o maltrato psicológico no trabalho ou mobbing em pessoal de enfermagem do Brasil e Espanha			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Pesquisa com Cooperação Estrangeira		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 54456339691	Pesquisador Responsável Renata Barreto Gazzinelli Fonseca	 Assinatura	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 03/07/2008	Recebimento:	 Assinatura Margarete de Oliveira Lima COORDENADORA CAP IDSEMG 1401	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.





Parecer Nº 073/08 CEP/HGIP/IPSEMG.

Belo Horizonte, 09/07/2008

CAEE- 0029.1.191.000-08

Registro CEP: 316/08 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a esta pesquisa).

Projeto de pesquisa: "Estudo comparativo sobre o maltrato psicológico no trabalho ou mobbing em pessoal de enfermagem do Brasil e Espanha". Grupo: II

Protocolo: Não se aplica

Área Temática: Cooperação Estrangeira

Pesquisador (a) Principal: Renata Barreto Gazzinelli Fonseca

Instituição: IPSEMG/ Departamento de Enfermagem do HGI e CEM-HGIP.

Data de entrada: 03/07/2008

Senhor (a) Pesquisador (a),

Em reunião no dia 09/07/2008o Projeto de Pesquisa supracitado foi analisado e de acordo com a Res.CNS/MS 196/96 encontra-se com pendências.

- Reformular a justificativa
- Detalhar a metodologia.
- População em estudo: substituir Controle e Apuração de Frequência pelo Setor de Recurso Humano pag.6.
- Descrever os critérios de Inclusão e Exclusão
- Descrever Benefícios.
- Acrescentar no TCLE o item "Nome do paciente e data".

Diante do exposto, o CEP/ IPSEMG de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS/MS 196/96, manifesta-se por aguardar o atendimento das questões acima para emissão de seu parecer final.

De acordo com a Res. CNS/MS 196/96, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador **no prazo de 60 dias, a partir da data do envio do parecer do CEP**. Vencido o prazo para resposta, o protocolo será arquivado. Isso não impede que a qualquer momento a pesquisa seja reiniciada com nova documentação.

Situação: Projeto com Pendências.

Belo Horizonte, 09/06/2008

Cláudia Maria Resende Vorcaro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
IPSEMG/ Hospital Governador Israel Pinheiro.

Instituto de Previdência dos servidores do Estado de Minas Gerais
Caixa Posta 64 - CEP. 30140-092 - Belo Horizonte
www.ipsemg.mg.gov.br

Mod. 20.126 - 60.000 - 08/2007



Belo Horizonte, 15 de julho de 2008.

CAEE- 0029.1.191.000-08

Registro CEP: 316/08(Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a esta pesquisa).

Projeto de pesquisa: "Estudo comparativo sobre o maltrato psicológico no trabalho ou mobbing em pessoal de enfermagem do Brasil e Espanha". **Grupo: IA**

Protocolo: Não se aplica

Área Temática: Cooperação Estrangeira

Pesquisador (a) Principal: Renata Barreto Gazzinelli Fonseca

Instituição: IPSEMG/ Departamento de Enfermagem do HGI e CEM-HGIP.

Data de entrada: 03/07/2008

Senhor (a) Pesquisador (a),

Conforme Resolução 346/05 "Tramitação dos protocolos de pesquisa multicêntricos", a pesquisadora deverá encaminhar ao CEP uma **Declaração** de que o protocolo é idêntico ao apresentado ao primeiro centro, e **aprovação** do mesmo do projeto acima citado..

Diante do exposto, o CEP/ IPSEMG de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS/MS 196/96, manifesta-se por aguardar o atendimento das questões acima para emissão de seu parecer final.

De acordo com a Res. CNS/MS 196/96, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador **no prazo de 60 dias, a partir da data do envio do parecer do CEP**. Vencido o prazo para resposta, o protocolo será arquivado. Isso não impede que a qualquer momento a pesquisa seja reiniciada com nova documentação.

Situação: Projeto com Pendências.

Magali de Oliveira Lima
Comitê de Ética em Pesquisa
IPSEMG/ Hospital Governador Israel Pinheiro.

Apêndice A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Obrigatório para pesquisas em Seres Humanos - Resolução CNS 196-96

Titulo da Pesquisa: ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O MALTRATO PSICOLÓGICO NO TRABALHO OU *MOBBING* EM PESSOAL DE ENFERMAGEM DO BRASIL E ESPANHA**Introdução:**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa, que envolverá os enfermeiros do HGIP. A Divisão de Enfermagem está ciente desta pesquisa.

Antes de obter o seu consentimento é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as dúvidas sejam esclarecidas.

Objetivo da pesquisa:

O projeto de pesquisa ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O MALTRATO PSICOLÓGICO NO TRABALHO OU *MOBBING* EM PESSOAL DE ENFERMAGEM DO BRASIL E ESPANHA tem como objetivo geral: comparar a percepção do maltrato psicológico pelo pessoal de enfermagem de dois hospitais de características semelhantes em Brasil e Espanha e averiguar se existe relação entre esta percepção e as variáveis institucionais, os estilos atributivos, a forma de enfrentar a situação e as consequências neste coletivo com variáveis diferentes.

O estudo consistirá na coleta de dados que será feita através da aplicação de 05 questionários que serão entregues pelos pesquisadores responsáveis para os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem do HGIP e CEM, que terão liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer momento da realização da mesma. Tempo previsto para aplicação dos questionários: 30 minutos.

Confidencialidade:

Será garantido sigilo absoluto das informações, assim como a privacidade e anonimato do participante.

Os dados analisáveis estarão acessíveis a você e serão divulgados para fins científicos após seu consentimento.

Você não terá nenhuma despesa e nem remuneração decorrente de sua participação na pesquisa.

Riscos e Desconfortos:

A participação na pesquisa não incorrerá em risco ou prejuízos de qualquer natureza.

Benefícios:

Embora a informação coletada nesta pesquisa não possa trazer benefícios ao (a) senhor (a), os resultados podem ajudar a minimizar os maltratos psicológicos no trabalho de enfermagem.

Contato para mais informações relacionadas à pesquisa.

Caso o (a) senhor (a) queira esclarecer alguma dúvida sobre a pesquisa, favor entrar em contato com:
Pesquisadora responsável no Brasil: Renata Barreto Gazzinelli Fonseca
Telefone: 031-32278397 ou 32372106 ou 2406

O (a) senhor (a) tem o direito de ligar para o Comitê de Ética do Hospital para esclarecimento de dúvidas sobre seus direitos como participantes e sobre o aspecto ético desta pesquisa.

Nome: Dra. Cláudia

Nome: Magali de Oliveira Lima

Comitê de Ética em Pesquisa 3237-2145

Eu _____,

após ter lido e compreendido as informações sobre a presente pesquisa, concordo que os dados colhidos sobre mim através dos questionários, sejam utilizados para o ESTUDO COMPARATIVO SOBRE O MALTRATO PSICOLÓGICO NO TRABALHO OU *MOBBING* EM PESSOAL DE ENFERMAGEM DO BRASIL E ESPANHA.

Autorizo a utilização dos dados respondidos nos questionários para a realização do estudo. Tenho conhecimento do seu caráter científico, sendo minha participação estritamente voluntária.

Estou ciente de que as informações serão tratadas de forma anônima, caso assim o deseje, não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso me recuse a participar, ou me decida, a qualquer momento, a desistir da minha participação.

Nome do (a) participante

Assinatura do (a) participante da pesquisa Data ____/____/____

Nome da pessoa que conduziu o questionário

Assinatura da pessoa que conduziu o questionário Data ____/____/____

Questionário socio-demográfico

**Por favor, responda com atenção às perguntas abaixo, marcando um X ou escrevendo a resposta onde seja necessário.
Muito obrigada pela sua colaboração.**

1. Idade_____.
2. Sexo
___ Masculino. ___ Feminino.
3. Estado civil
___ Solteiro. ___ Casado (ou com relação estável). ___ Divorciado / Separado.
4. Filhos
___ Sim ___ Não
5. Profissão
___ Enfermeira/o. ___ Aux. de enfermagem. ___ Técnico em enfermagem.
6. Anos de exercício profissional _____.
7. Você possui algum diploma de especialista, pós-graduação ou outro curso concluído?_____. Qual?_____
8. Você recebeu algum tipo de ajuda por parte da empresa para facilitar a sua formação profissional?_____. Que tipo de ajuda?_____.
9. Tempo de trabalho nessa empresa (em meses) _____.
10. Unidade/ setor de trabalho atual _____.
11. Tempo trabalhado na unidade atual (em meses.) _____.
12. Tipo de contrato atual.
___ Indefinido. ___ contrato de experiência.
13. Tipo de jornada laboral
___ Manhã. ___ Tarde. ___ Noite.
___ dias alternos.
14. Em quantos serviços diferentes você trabalhou, nesse hospital, durante os últimos 3 anos? _____.
15. Trabalha atualmente em outra instituição sanitária (hospital, clínica...)?
___ Sim ___ Não
16. Qual é o seu grau de participação nas decisões que afetam a sua unidade/serviço?
___ alto
___ baixo
___ Não participa nas decisões.
17. Em algum momento você desejou abandonar a sua profissão? Sim_____. Não_____. Por quê?

QUESTIONÁRIO SOBRE MALTRATO PSICOLÓGICO NO TRABALHO (HPT-R)

No questionário que apresentamos a continuação, formulamos uma série de frases que podem constituir **atitudes ou comportamentos hostis** no ambiente de trabalho.

Por favor, considerando a escala descrita a continuação, marque com que frequência você experimentou estes comportamentos **nos dois últimos anos**.

Muito obrigado pela sua colaboração.

0	1	2	3	4	5
Menos de uma vez ao mês	Ao menos uma vez ao mês	Mais de uma vez ao mês	Ao menos uma vez à semana	Várias vezes à semana	Uma ou mais vezes ao dia

Para responder, marque com X a opção que mais se identifica ao que você sente ou sofre em relação com cada uma das questões apresentadas, no seu ambiente de trabalho. Todas as respostas serão confidenciais e somente se utilizarão de modo global, transformadas em pontuações.

Por favor, responda todas as perguntas com a maior sinceridade possível.

	0	1	2	3	4	5
1) Ser exposto a críticas por parte do grupo.						
2) Receber críticas diretas sobre a forma como realiza o seu trabalho.						
3) Dirigir-se a você através de intermediários.						
4) Receber informações contraditórias.						
5) Não receber informações que as demais pessoas do grupo receberam.						
6) Evitar ou impedir que você se comunique normalmente com os outros membros do grupo.						
7) Designar-lhe tarefas inferiores a sua qualificação profissional.						
8) Receber ameaças sem justificativa, verbais ou escritas.						
9) Deixar de designar-lhe tarefas .						
10) Expressões negativas ou de dúvidas sobre sua responsabilidade ou capacidade.						
11) Expressões de que esta doida/o ou psicologicamente desequilibrada/o.						
12) Ser discriminado em relação ao resto do grupo (tratamento, distribuição de tarefas).						
13) Designar-lhe trabalhos desnecessários ou sem motivos que os justifique.						
14) Desrespeitar seu grau de formação ou o tempo de serviço no seu posto de trabalho.						
15) Não ser convocado para os atos ou reuniões laborais.						
16) Não ser convidado para festas ou celebrações do trabalho.						
17) Ser acusado de não adaptar-se ao grupo de trabalho.						
18) Ser acusado de cometer erros que antes não cometia.						
19) Mandar-lhe trabalhos desagradáveis que os demais não querem.						
20) Não dar-lhe a palavra nas reuniões ou ser interrompido constantemente quando você esta falando.						
21) Comentários maliciosos sobre você ou sobre sua forma de vida.						
22) Utilização de apelidos ou expressões verbais de desprezo contra você.						
23) Não receber respostas de suas perguntas verbais ou escritas.						
24) Recusar suas propostas, antes de avaliá-las.						
25) Ser excluído de atividades que tenham possíveis influencia ou repercussões em sua profissão.						
26) Ser responsabilizado por erros cometidos pelos outros.						
27) Mexer nas suas coisas (documentos, arquivos de computador, objetos pessoais).						
28) Os seus companheiros evitam sentar-se perto de você.						
29) Imitação dos seus gestos, palavras ou comportamentos, em tom de desprezo ou zombaria.						
30) Olhares de desprezo.						
31) Não ser cumprimentado/a.						
32) Receber informações erradas.						
33) Ser ridicularizado publicamente.						
34) Ser ignorado em questões ou decisões relacionadas à sua área de trabalho.						
35) Desatenção por parte dos seus chefes ou responsáveis pela empresa à suas queixas de assédio moral.						

No seu ambiente de trabalho, você foi objetivo de algum dos atos anteriores durante **pelo menos 6 meses** e como mínimo **uma vez por semana**? Sim_____. Não_____.

Em caso afirmativo, anote o número da questão (situado à esquerda da frase)

_____.

Você já foi testemunho de algum dos atos anteriores, no seu ambiente de trabalho?

Sim_____ Não_____.

Em caso afirmativo, anote o número da questão(ões) (situado à esquerda da frase)

_____.

Em geral, você se sente **atualmente** assediado psicologicamente no seu ambiente de trabalho?

Sim_____ Não_____.

Por quem:

_____.Diretores

_____.Supervisores

_____.Médicos

_____.Companheiros

_____.Outros

Para terminar, você crê que a enfermagem esta bem valorizada no mercado laboral e sanitário?

Sim_____ Não_____ . ¿Por quê?

Questionário modificado de J. Fornés, 2005

QUESTIONÁRIO DE ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMENTO (*Coping*)

As frases abaixo expressam possíveis formas de enfrentar um problema em sua vida laboral. Nos interessa saber com que frequência você utilizou cada um desses pensamentos/conduitas, considerando a escala abaixo detalhada.

1	2	3	4	5
Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre ou a maioria das vezes.

	1	2	3	4	5
1) Prometi obter algo de positivo desta situação.					
2) Comentei com outra pessoa numa tentativa de encontrar uma solução.					
3) Me culpabilizei.					
4) Me concentrei nos aspectos positivos da situação.					
5) Desejei que acontecesse um milagre.					
6) Pedi conselho a uma pessoa que respeito e me foi útil.					
7) Escondi dos demais a gravidade da minha situação.					
8) Conversei com outra pessoa sobre como me sinto.					
9) Tomo as coisas com calma, pouco a pouco.					
10) Me nego a acreditar que este problema aconteceu.					
11) Considerei diferentes soluções para o problema.					
12) Desejei ser uma pessoa mais forte.					
13) Tento evitar que o problema interfira demais na minha vida.					
14) Desejei ter poder para modificar o acontecido.					
15) Desejei poder modificar a maneira como me senti.					
16) Tive que mudar algo em mim mesmo para poder enfrentar melhor a situação.					
17) Desejei que as coisas tivessem sido de outra maneira.					
18) Imaginei coisas irreais, fantasias que me fizessem sentir melhor.					
19) Desejei que aquela situação desaparecesse, acabasse de algum modo.					
20) Segui em frente como se nada tivesse ocorrido.					
21) Guardei meus sentimentos para mim mesmo.					
22) Durmo mais que o habitual.					
23) Tive raiva das coisas ou das pessoas que acreditei serem responsáveis pelo problema.					
24) Aceitei a simpatia e a compreensão de outra pessoa.					
25) Tentei esquecer tudo.					
26) Busquei ajuda profissional e fiz o que me foi recomendado.					
27) Mudei ou amadureci como pessoa, de forma positiva.					
28) Segui um plano de ação elaborado por mim.					
29) Me dei conta que eu sou o responsável pelo meu problema.					
30) Falei com outra pessoa que pode fazer algo de concreto acerca do meu problema.					
31) Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando...					
32) Modifiquei algumas coisas de forma que tudo se fosse melhor.					
33) Em geral evito estar com outras pessoas.					
34) Me preparei para o pior.					
35) Paguei com os demais.					
36) Me neguei a tomar as coisas ao pé da letra.					
37) Penso demais neste problema.					
38) Aceitei o problema já que não era possível fazer outra coisa.					
39) Tentei ver o lado positivo da situação.					
40) Me resignei, foi questão de má sorte.					
41) Culpei os demais.					
42) Pensei que os demais eram injustos comigo.					
43) Pensei nos que estão piores do que eu.					
44) Tento convencer-me de que as coisas podiam ser piores.					
45) Me concentrei nas coisas boas da minha vida.					

46) Penso nas vantagens que tem esta situação.					
47) Rezo e peço a Deus que me dê forças e me ilumine.					
48) Tentei informar-me mais sobre o problema.					
49) Leio livros, artigos de revistas, assisto programas de rádio ou televisão que tratam de problemas semelhantes ao meu.					
50) Sou mais devoto à Deus desde que tive este problema.					

Adaptação do questionário modificado de Rodríguez-Marín et al., 1992.

O questionário seguinte detalha um conjunto de sintomas que podem ser desencadeados ante uma situação estressante ou imediatamente depois. Se você experimentou quaisquer dos sintomas descritos abaixo, por favor, diga quanto esta experiência te incomodou ou preocupou, marcando um X na lacuna correspondente (Nada; Um pouco; Ligeiramente; Bastante; MUITÍSSIMO).

Questionário de Sintomas de Estrés

Por favor, responda todas as perguntas de forma impulsiva, por que a intenção deste questionário é captar sua primeira impressão com relação ao seu ambiente de trabalho:

ME SINTO	NADA	UM POUCO	BASTANTE	MUITÍSSIMO
33. Contrariado, molesto				
34. Cansado, com falta de energia				
35. Nervoso				
36. Oprimido, tenso				
37. Assustado, com sensação de estar sendo ameaçado				
38. Com pouco apetite				
39. Com taquicardia				
40. Sem esperança				
41. Inquieto, assustado				
42. Com pouca memória				
43. Com dor no peito, com falta de ar				
44. Com sentimento de culpa				
45. Preocupado				
46. Com dores musculares, como se fosse reumatismo				
47. Pensando que as pessoas estão de cara feia para mim ou pensam mal de mim				
48. Tremendo				
49. Com dificuldade para pensar com clareza				
50. Fracassado, pensando que não valho para nada				
51. Tenso				
52. Com sentimento de inferioridade				
53. Com partes do corpo intumescidas, rígidas, adormecidas				
54. Irritável				
55. Pensando em coisas que não consigo tirar da cabeça				
56. Sem interesse pelas coisas				
57. Infeliz, deprimido				
58. Com ataques de pânico				
59. Com debilidades em algumas partes do corpo.				
60. Incapaz de me concentrar				
61. Com insônia, sono agitado ou com pesadelos				
62. Acordo muito cedo e demoro a conciliar o sono				
63. Outros...				

Fonte modificada: Estrés y *burnout* en la enseñanza. Manassero *et al.* (2003)

QUESTIONÁRIO DE DIMENSÕES CAUSAIS ATRIBUTIVAS

Existem situações capazes de provocar grande estresse psicológico no ambiente de trabalho, como por exemplo, as descritas no 2º questionário (HPT-R). Para você qual é a principal causa de estresse laboral, como profissional de enfermagem? Se for alguma das condutas descritas anteriormente no questionário de HPT-R, anote o número correspondente no espaço pontilhado abaixo. Se for outra, por favor, cite qual.

CAUSA ESTRESSANTE:.....

As seguintes questões se referem a diferentes características da causa estressante que você indicou. Por favor, selecione um número da coluna central e valore cada uma delas. Quanto mais se identifique a causa estressante com as opções descritas nas colunas laterais, mais próximo desta deverá estar o número elegido.

1. A causa estressante: Reflete um aspecto de você mesmo	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Reflete um aspecto da situação
2. A causa estressante é: Evitável	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inevitável
3. A causa estressante é: Não é controlada nem por você nem pelos demais	1 2 3 4 5 6 7 8 9	É controlado tanto por você como pelos demais
4. A causa estressante é: Feita a propósito	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não está feita a propósito
5. A causa estressante: Permanente	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Temporal
6. A causa estressante é: Modificável por você e pelas outras pessoas	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não é modificável nem por você nem por outras pessoas
7. A causa estressante é: Influi em todos seus resultados	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Influi só em este resultado
8. A causa estressante está: Fora de você	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Dentro de você.
9. A causa estressante é: Provocada por alguém	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não provocada por ninguém.
10. A causa estressante é: Variável ao longo do tempo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Estável ao longo do tempo.
11. A causa estressante: Tem a ver com você.	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Tem a ver com os demais.
12. A causa estressante é: Involuntária	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Voluntária
13. A causa estressante é: Modificável	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Imodificável
14. A causa estressante é: Exclusiva dessa situação	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Geral em todas as situações
15. A causa estressante é: Regulável por você ou por outras pessoas	9 8 7 6 5 4 3 2 1	Não é regulável nem por você nem pelas outras pessoas

Fonte modificada: Estrés y *burnout* en la enseñanza. Manassero et al. (2003).

